



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

KUNGL. BIBL.  
20 FEB 1960  
STOCKHOLM

SOU  
1960:1A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1960:1

*Inrikesdepartementet*



---

# FOLKTANDVÅRDEN

BETÄNKANDE AVGIVET AV

1957 ÅRS FOLKTANDVÅRDSSAKKUNNIGA

---

*Stockholm 1960*

# Statens offentliga utredningar 1960

## Kronologisk förteckning

---

1. Folktrandården. Idun. 189 s. I.

**Anm.** Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1960:1

*Inrikesdepartementet*



# FOLKTANDVÅRDEN

BETÄNKANDE AVGIVET AV

1957 ÅRS FOLKTANDVÅRDSSAKKUNNIGA

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1960



## Innehåll

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet. . . . .	5
Direktiven för utredningen . . . . .	7
Författningsförslag . . . . .	11
Förslag till kungörelse angående folktandvård . . . . .	11
Förslag till kungörelse om ändrad lydelse av 2 § folktandsvårdtaxan den 29 november 1957 (nr 634) . . . . .	18
Förslag till instruktion för tandläkare inom folktandvården. . . . .	19
Kapitel I. Folktandvårdens utveckling . . . . .	25
Historik . . . . .	25
Folktandvårdens organisation . . . . .	27
Folktandvårdens nuvarande omfattning. . . . .	31
Kapitel II. Folktandvårdens målsättning. . . . .	35
Kapitel III. Det framtida behovet av tandläkare inom folktandvården . . . . .	39
Kapitel IV. Förebyggande tandvård . . . . .	49
Kapitel V. Förbättrad rekrytering av tandläkare till folktandvården. . . . .	62
Folktandvårdens rekryteringssvårigheter. . . . .	62
Vidtagna åtgärder i rekryteringsfrämjande syfte. . . . .	63
Arbetstidsbestämmelserna inom folktandvården och därmed sammanhängande frågor . . . . .	66
S. k. provinsialtandläkare. . . . .	76
Befordringstjänster . . . . .	78
Kapitel VI. Hjälpkrafter med speciell utbildning. . . . .	80
Kapitel VII. Ungdomstandvård och mödrahjälpstandvård . . . . .	90
Kapitel VIII. Statsbidrag till folktandvården . . . . .	99
Kapitel IX. Vissa administrativa frågor. . . . .	108
Redovisningen inom folktandvården. . . . .	108
Folktandvårdsplanernas innehåll m. m. . . . .	112
Tillsättning av vissa tjänster . . . . .	112
Systematisk barnstandvård utanför den organiserade barn- standvårdens ram . . . . .	114
Påföljd vid underlåtenhet att erlagga föreskriven ersättning för tandbehandling . . . . .	116

Kapitel	X. Tandregleringsvårdens organisation . . . . .	119
Kapitel	XI. Behörighetsvillkor för lasarettstamläkare. . . . .	132
Kapitel	XII. Specialmotivering till författningsförslagen . . . . .	148
	Kungörelse angående folktandvård . . . . .	148
	Instruktion för tandläkare inom folktandvården. . . . .	152
Kapitel	XIII. Sammanfattning av de sakkunnigas överväganden och förslag .	155
Särskilda yttranden		
	1. Ledamöterna Maunsbach och Osvald . . . . .	161
	2. Ledamoten Fritzdorf . . . . .	161
Bilaga 1.	Rapport över tandläkarenkäten 1958 . . . . .	163
Bilaga 2.	Sammanfattande uppgifter angående verksamheten vid central- tandpolikliniker 1957 . . . . .	187

## *Till*

### *Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet*

Genom beslut den 27 juni 1957 bemyndigade Kungl. Maj:t Statsrådet och chefen för inrikesdepartementet att tillkalla högst fem sakkunniga att i de hänseenden, som angivits i statsrådsprotokollet över inrikesärenden nämnda dag, verkställa utredning rörande folktandvårdens organisation. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 11 september 1957 som sakkunniga landshövdingen P. A. Eckerberg, sekreteraren K. B. Fritzdorf, medicinalrådet A. B. Maunsbach och tandvårdsinspektören O. K. Osvald. Därjämte uppdrogs åt Eckerberg att i egenskap av ordförande leda de sakkunnigas förhandlingar. Till sekreterare åt de sakkunniga utsågs den 27 september 1957 förste byråsekreteraren hos medicinalstyrelsen J. Tengwall. Den 21 februari 1958 erhöll Tengwall begärt entledigande från sekreterarförordnandet, varjämte assessorn i försäkringsrådet A. T. Linde förordnades att i Tengwalls ställe vara sekreterare åt de sakkunniga.

De sakkunniga ha antagit benämningen 1957 års folktandsvårdssakkunniga.

Genom beslut den 20 december 1957 uppdrog Kungl. Maj:t åt de sakkunniga att verkställa översyn av bestämmelserna om statsbidrag till folktandvårdens huvudmän m. m.

För att tagas under övervägande vid det åt de sakkunniga lämnade uppdraget har till de sakkunniga överlämnats

den 23 maj 1958 vissa av medicinalstyrelsen med underdånig skrivelse den 23 januari 1958 överlämnade framställningar rörande kompetensvillkoren för lasarettstandläkare m. m.;

den 21 november 1958 en av Sveriges tandvårdsinspektörsförening den 11 oktober 1958 gjord framställning rörande tillsättning av tandvårdsinspektör; samt

den 3 mars 1959 en i februari 1959 avlåten underdånig skrivelse från



legitimerade tandläkaren Sven Nyström i Falkenberg med vissa synpunkter angående folktandvården och tandröten.

Till de sakkunniga ha även inkommit skrivelser från organisationer och enskilda med synpunkter och förslag rörande olika med folktandvården sammanhängande frågor.

Genom departementschefsskrivelse den 26 november 1958 tillkallades lasarettstandläkarna S. A. G. Ahlsten, G. M. Dahl och C.-O. Öberg att såsom experter biträda de sakkunniga vid behandlingen av frågor rörande kompetensvillkoren för lasarettstandläkare m. m.

Vid behandlingen av frågan rörande förebyggande tandvård ha de sakkunniga överlagt med t. f. professorn vid tandläkarhögskolan i Stockholm Y. Ericsson.

De sakkunniga ha icke haft tillfälle att, såsom i de för de sakkunniga meddelade direktiven förutsatts, samråda med 1951 års tandläkarkommitté, vilken med ett den 13 juni 1958 avgivet betänkande angående ändrad utbildning av tandtekniker (SOU 1958: 25) förklarar sig anse sitt arbete slutfört.

De sakkunniga få härmed värdsamt överlämna sitt betänkande i ämnet, varmed det de sakkunniga meddelade utredningsuppdraget torde få anses slutfört.

Särskilda yttranden ha avgivits av herrar Maunsbach och Osvald samt av herr Fritzdorf.

Stockholm den 9 december 1959.

*Per Eckerberg*

*K. Fritzdorf*

*A. B. Maunsbach*

*Olof Osvald*

*/ Torsten Linde*

## Direktiven för utredningen

Direktiven för de sakkunnigas arbete innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över inrikesärenden den 27 juni 1957 av dåvarande chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Hedlund. Departementschefen anförde därvid följande:

Genom beslut av 1950 års riksdag (prop. nr 84, riksd. skriv. nr 302) uppdrogs riktlinjer för folktandvårdens fortsatta utbyggande och organisation på grundval av ett av 1946 års folktandvårdssakkunniga avgivet betänkande i ämnet (SOU 1948: 53). Riksdagen anslöt sig därvid till de av dåvarande chefen för inrikesdepartementet framlagda förslagen i frågor, som rörde bl. a. möjligheterna att förbättra ungdomstandvården och åtgärder i syfte att öka rekryteringen av tandläkare till folktandvården.

I propositionen nr 84/1950 uttalade departementschefen, att folktandvården — i enlighet med den målsättning, som legat till grund för 1938 års lagstiftning — även i fortsättningen principiellt borde stå öppen för alla medborgare. En begränsning av folktandvården till enbart barn- och ungdomstandvård måste därför avvisas. Även om denna vård givetvis måste beredas en betydande plats inom organisationen förelåg också för de vuxna ett stort behov av tandvård inom folktandvårdens ram.

De sakkunnigas förslag att utsträcka den taxefria barntandvården att omfatta åldrarna 16—19 år samt att väsentligt utöka den för barntandvården anslagna tiden på bekostnad av vuxentandvården fann sig departementschefen icke kunna biträda. Ungdomar i de nämnda årsklasserna åtnjöt i regel inkomst av förvärvsarbete och då de därjämte mera sällan hade någon försörjningsplikt, torde de i större utsträckning än de sakkunniga förutsatt själva kunna bekosta sin tandvård. Ett förslag om intensivare ungdomstandvård borde därför gå ut på att införa organiserad tandvård för klientelet med bibehållande av i stort gällande grunder för ersättningen. Vid rådande personalbrist vore det emellertid icke lämpligt att i mer betydande utsträckning belasta folktandvården med nya särskilda kategorier av patienter, då detta kunde medföra, att den på vuxentandvården belöpande andelen av behandlingstiden måste minskas. Även för folktandvårdens rekrytering kunde åtgärden få en ogynnsam verkan. Departementschefen ansåg sig därför böra förorda, att ungdomen även framgent behandlades på den för vuxentandvården anslagna tiden med avgifter enligt folktandvårdstaxan med 25 procents nedsättning. Någon generell förtursrätt borde icke införas. Barntandvårdens minimiandel torde böra motsvara 55 procent av arbetstiden.

I syfte att stimulera rekryteringen av tandläkare till folktandvården hade de sakkunniga föreslagit bl. a. införande av avkortade heltidstjänster, lämpade för t. ex. gifta kvinnliga tandläkare. Departementschefen fann sig icke kunna biträda förslaget. Det syntes visserligen sannolikt, att folktandvården genom inrättande

av dylika tjänster till en början skulle komma att tillföras viss ny — i synnerhet kvinnlig — arbetskraft. Å andra sidan kunde emellertid risk föreligga, att de oavkortade heltidstjänsterna skulle bli svårare att besätta och att reformen därför på lång sikt skulle relativt sett minska antalet arbetstimmar inom folk-tandvården.

Förslaget att för vissa särskilda uppgifter inrätta tim- och arvodestjänster öppna även för privatpraktiserande tandläkare vann anslutning av departementschefen. Däremot ansåg han sig icke kunna biträda önskemålet om införande av fasta deltidstjänster i förening med rätt att bedriva privatpraktik.

1946 års folktandvårdssakkunniga räknade med omkring 2 500 tandläkare vid en full utbyggnad av distriktstandvården. Härtill kom lasarettstandläkare och specialister. I december 1949 var antalet tjänstgörande tandläkare 589. Med utgångspunkt härifrån borde vid en 15-årig utbyggnadstid distriktstandvården tillföras omkring 130 nya tandläkare årligen.

Antalet distriktstandläkare uppgick enligt av medicinalstyrelsen under hand lämnade uppgifter den 1 april 1957 till omkring 1 400, varav 450 utländska tandläkare. Antalet vakanser var vid samma tidpunkt 146. De anförda siffrorna visar, att folktandvården tillförts i genomsnitt cirka 110 nya tandläkare varje år sedan de nämnda beräkningarna gjordes. Denna i och för sig betydande höjning av kapaciteten har emellertid visat sig icke kunna svara mot det ökade behovet av tandvård inom folktandvårdens ram. Antalet vakanser visar, att bristen på tandläkare fortfarande är stor. Den höjda kariesfrekvensen, särskilt bland barn och ungdom, och de växande årskullarna barn i aktuella åldrar har också medfört större belastning på organisationen än som ursprungligen beräknats, innebärande allt längre behandlings- och väntetider.

I motioner till årets riksdag (I: 18, I: 61 och II: 64) har folktandvårdens bekymmersamma läge påtalats. Motionärerna yrkar, att i första hand tandvården för barn och ungdom successivt utbygges. Behandlingstiden för denna tandvård bör utökas därigenom att särskilt tandvården för 16—19-åringar ges företräde under den behandlingstid, som är utmätt för vuxna. Rekryteringen av tandläkare bör underlättas genom att den kvinnliga arbetskraften bättre tillvaratages. Arbetsfrågorna bör därför upptagas till ny skyndsam behandling. Vidare bör undersökas, om icke det administrativa arbetet kan underlättas.

I utlåtande nr 23/1957 har allmänna beredningsutskottet — som inhämtat yttranden över motionerna av medicinalstyrelsen, svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet och tandläkarförbundet — hemställt, att riksdagen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla om en snabb översyn av folktandvården, särskilt i de hänseenden som anförts i motionerna I: 61 och II: 64. I skrivelse nr 226/1957 har riksdagen bifallit utskottets hemställan.

Allmänna beredningsutskottet har funnit olägenheterna med den rådande ordningen inom folktandvården så beaktansvärda, att en viss översyn av organisationen bör komma till stånd. Utskottet erinrar om att 1951 års tandläkarkommitté framlagt förslag om ökad examination av tandläkare samt förklarat sig senare ämna pröva frågan om lämpliga åtgärder för att den ökade tillgången på tandläkare skall komma folktandvården till godo. Vidare framhålls i utlåtandet att frågan om förtursrätten erbjuder svårlösta avvägningsproblem — svårare ju mer begränsade folktandvårdens resurser är. Utskottet finner effektiv tandvård för barn och ungdom vara av största vikt men vill understryka angelägenheten av att förbättringar icke sker på bekostnad av mödratandvården.

Den av riksdagen sålunda begärda utredningen torde böra komma till stånd. Härvid synes de av utskottet framförda synpunkterna böra vinna beaktande. Frågan om åtgärder i syfte att stimulera rekryteringen av tandläkare till folk-

tandvården bör undersökas, varvid samråd bör ske med 1951 års tandläkarkommitté. I detta sammanhang bör frågan om inrättande av avkortade heltidstjänster och fasta deltidstjänster upptagas till förnyad förutsättningslös prövning.

Möjligheterna att utöka tandvården för ungdom i åldern 16—19 år synes böra bli föremål för ingående undersökning. Som utgångspunkt torde böra gälla, att målsättningen för folktandvården fortfarande bör vara, att den i princip skall stå öppen för alla. Självfallet bör icke heller någon ändring göras i nuvarande regler att ungdom i dessa åldrar skall erlagga viss ersättning för tandvården. Liksom hittills bör tyngdpunkten ligga på barntandvården. Det bör även övervägas om icke en annan fördelning av behandlingstiden kan göras, så att barn- och ungdomstandvården får större utrymme än f. n. Frågan om förtursrätt för olika kategorier bör över huvud taget upptagas till behandling.

Vidare bör de administrativa bestämmelserna överses i syfte att ernå förenkling och rationalisering samt decentralisering till huvudmännen. Särskilt bör därvid redovisningsförfarandet bli föremål för granskning.

Utredningen bör i övrigt vara oförhindrad att till behandling upptaga och inkomma med förslag rörande de andra frågor, som den finner vara av betydelse för folktandvårdens fortsatta utveckling.

Utredningen bör bedrivas skyndsamt.

I motioner till 1957 års riksdag (I: 77 och II: 73) föreslogs, att riksdagen måtte besluta en översyn av gällande bestämmelser för bidrag till folktandvård för åstadkommande av lika grunder för bidragsgivningen till landsting och städer utanför landsting.

Statsutskottet anförde i utlåtande nr 158/1957: Utskottet finner i likhet med både motionärerna och de hörda remissorganen att några sakligt grundade skäl för bibehållande av skiljaktiga statsbidragsregler för landstingen och de landstingsfria städerna med hänsyn till folktandvårdens utveckling icke kan anses föreliggande. Frågan om att åstadkomma lika grunder för statsbidragsgivningen torde emellertid å andra sidan ha en betydande ekonomisk räckvidd. Utskottet är för sin del icke berett att nu göra annat uttalande än att motionärernas förslag bör göras till föremål för närmare överväganden och att uppdrag härutinnan lämpligen synes kunna lämnas de nyligen tillkallade sakkunniga för utredning av vissa frågor rörande folktandvårdens organisation.

Härefter har Kungl. Maj:t i skrivelse den 20 december 1957 — under hänvisning till att riksdagen i skrivelse den 26 november 1957 (nr 375), i överensstämmelse med vad statsutskottet föreslagit i utlåtandet nr 158/1957, anhållit att viss översyn måtte verkställas av bestämmelserna om statsbidrag till folktandvårdens huvudmän — uppdragit åt de sakkunniga att verkställa den sålunda begärda översynen av statsbidragsbestämmelserna.

Kungl. Maj:t har vidare i samma skrivelse, med överlämnande av ett av medicinalstyrelsen avgivet förslag rörande *dels* organisation av tandregleringsvården inom folktandvården, *dels* ock införande av särskild avgift för ifrågavarande vård även beträffande dem som äro anslutna till organiserad barntandvård, uppdragit åt de sakkunniga att till prövning upptaga i medicinalstyrelsens skrivelse avsedda förslag.

Genom skrivelsen har slutligen uppdragits åt de sakkunniga att jämväl till behandling upptaga *dels* frågan om storleken av den rabatt, som enligt

folktandvårdstaxan tillämpas för ungdomar i åldern 16—19 år, vilka undergå systematisk behandling inom folktandvården, dels ock frågan huruvida vårdsökande inom folktandvården, som underlåter att erlægga föreskriven avgift, bör kunna avstängas från fortsatt behandling, till dess avgiften erlagts.

# Författningsförslag

## Förslag till Kungörelse angående folktandvård

### Allmänna bestämmelser

#### 1 §.

Med folktandvård förstås av landstingskommun eller av stad som ej tillhör landstingskommun med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse anordnad allmän tandvård för barn och vuxna.

Vad i denna kungörelse sägs om folktandvård inom landstingskommun skall, om ej annat särskilt föreskrives, i tillämpliga delar gälla jämväl folktandvård inom stad som ej tillhör landstingskommun.

#### 2 §.

I denna kungörelse förstås med

*barntandvård*: tandvård, som meddelas barn intill utgången av det kalenderår, då barnet fyller sexton år;

*systematisk behandling*: minst en gång årligen återkommande tandvård av den omfattning, som medicinalstyrelsen bestämmer; samt

*organiserad barntandvård*: inom tandvårdsdistrikt eller del därav genomförd systematisk behandling av barn, sammanförda i särskilda enheter såsom årsgrupper, skolklasser eller å viss anstalt intagna.

#### 3 §.

Ledningen av folktandvården skall inom varje landstingskommun utövas av hälsovårdsstyrelse, som avses i 53 § landstingslagen.

För folktandvårdens ombesörjande skall landstingskommun vara indelad i tandvårdsdistrikt.

I varje distrikt skall finnas minst en fast *distriktstandpoliklinik*. Jämväl må i distrikt, där med hänsyn till ytvidd, kommunikationsförhållanden eller andra särskilda omständigheter så erfordras, inrättas en eller flera annex-tandpolikliniker ävensom polikliniker för ambulatorisk tandvård. Tandpoliklinik må dessutom, där så befinner sig erforderligt, anordnas å anstalt.

I anslutning till ett av landstingskommunens lasarett skall finnas anordnad *centraltandpoliklinik*, avsedd för dels mera komplicerade fall, vilka dit remitterats av tandläkare inom folktandvården, annan tandläkare eller av läkare, dels lasarettets patienter, dels ock folktandvård i övrigt.

Inom landstingskommun må dessutom kunna inrättas *polikliniker för tandreglering* (bettortopedi) eller *annan odontologisk specialvård*.

## Folktandvårdens personal

## 4 §.

*1 mom.* För att närmast under hälsovårdsstyrelsen utöva inspektion av distriktstandvården skall inom varje landstingskommun finnas en tandvårdsinspektör.

Till biträde åt tandvårdsinspektören må anställas befattningshavare med befogenhet att efter hälsovårdsstyrelsens bestämmande fullgöra vissa på tandvårdsinspektör ankommande göromål.

*2 mom.* Till sådant sammanträde med hälsovårdsstyrelsen, vid vilket ärende angående folktandvården är avsett att förekomma, skall tandvårdsinspektören kallas med rätt för honom att närvara vid ärendets handläggning och deltaga i överläggningen men ej i beslutet samt att få sin mening antecknad till protokollet.

## 5 §.

Vid distriktstandpoliklinik skall finnas minst en tjänst såsom distriktstandläkare, tillika föreståndare för polikliniken.

Skall enligt folktandvårdsplan, som i 16 § avses, å distriktstandpoliklinik finnas flera tandläkare, må där kunna inrättas en befattning som förste distriktstandläkare, tillika föreståndare.

Utöver tandläkare för bestridande av befattning, som finnes upptagen i folktandvårdsplanen, må vid behov tillfälligt anställas ytterligare tandläkare.

## 6 §.

*1 mom.* Vid centraltandpoliklinik skall finnas en tjänst såsom övertandläkare (lasarettstandläkare), tillika föreståndare för polikliniken.

Utom övertandläkare (lasarettstandläkare) kunna efter hälsovårdsstyrelsens bestämmande ytterligare tandläkare anställas å centraltandpoliklinik.

*2 mom.* Till sådant sammanträde med lasarettets direktion, vid vilket ärende angående centraltandpolikliniken är avsett att förekomma, skall föreståndaren för polikliniken kallas med rätt för honom att närvara vid ärendets handläggning och deltaga i överläggningen men ej i beslutet samt att få sin mening antecknad till protokollet.

## 7 §.

Inom den bettortopediska specialvården skall finnas en tjänst såsom chef för tandregleringsvården, tillika föreståndare för en av poliklinikerna för tandreglering. Vid annan sådan poliklinik skall finnas en tjänst såsom tandläkare, tillika föreståndare.

Efter hälsovårdsstyrelsens bestämmande kunna å de särskilda tandregleringspoliklinikerna utöver föreståndare anställas ytterligare tandläkare.

## 8 §.

För behörighet till tandläkartjänst inom folktandvården fordras att vara legitimerad tandläkare eller att hava av Kungl. Maj:t erhållit särskilt, icke begränsat tillstånd att inom riket utöva tandläkarkonsten.

Föreståndare för centraltandpoliklinik skall dessutom hava förvärvat särskild utbildning i tandkirurgi och käkprotetik med käkskadebehandling samt bör hava erfarenhet rörande barntandvård.

Chef för tandregleringsvården, så ock annan föreståndare för tandregleringspoliklinik, ävensom enligt bestämmelser som medicinalstyrelsen utfärdar, annan å tandregleringspoliklinik anställd tandläkare skola hava förvärvat särskild utbildning i bettortopedi och äga erfarenhet rörande barntandvård.

## 9 §.

*1 mom.* Tandläkare inom folktandvården har att vid utövandet av sin tjänst ställa sig till efter rättelse av Kungl. Maj:t utfärdad instruktion för tandläkare inom folktandvården ävensom de särskilda föreskrifter för folktandvårdens bedrivande i allmänhet eller inom viss landstingskommun, som av Kungl. Maj:t, medicinalstyrelsen eller vederbörande hälsovårdsstyrelse kunna komma att meddelas.

*2 mom.* I fråga om ordningen för tillsättande av tandläkare inom folktandvården skall gälla, vad som stadgas i den i 1 mom. omförmälda instruktionen.

## 10 §.

Förutom tandläkare skola inom folktandvården vara anställda tandtekniker och tandsköterskor till erforderligt antal.

Inom folktandvården fast anställd tandtekniker eller tandsköterska skall hava erhållit av medicinalstyrelsen utfärdat behörighetsbevis såsom examinerad tandtekniker eller tandsköterska.

**Folktandvårdens omfattning m. m.**

## 11 §.

*1 mom.* Inom varje tandvårdsdistrikt skall, därest ej medicinalstyrelsen med hänsyn till särskilda omständigheter annat medgiver, årligen minst 55 procent av de inom distriktstandvården tjänstgörande tandläkarnas sammanlagda arbetstid ägnas åt organiserad barntandvård.

*2 mom.* Under den för annan tandvård än organiserad barntandvård anslagna tiden skola med förtursrätt behandlas — förutom akuta fall — de patienter, vilka enligt förordningen om mödrahjälp åtnjuta hjälp till tandvård.

*3 mom.* När särskilda skäl därtill äro, äger medicinalstyrelsen för visst tandvårdsdistrikt medgiva, dels att ungdomar från och med det kalenderår



då de fylla sjuutton år till och med utgången av det kalenderår då de fylla nitton år skola behandlas med förtursrätt, *dels ock* att mödrahjäpsklientelet icke skall behandlas med förtursrätt.

## 12 §.

Till tandvård hänföres även verksamhet i profylaktiskt syfte. Till ledning för denna verksamhet skola anvisningar utfärdas av medicinalstyrelsen.

## 13 §.

Den organiserade barntandvården bör omfatta barn från och med det år då de fylla sex år eller — inom de tandvårdsdistrikt, där så kan ske utan att tandvården för sexåringar och äldre barn eftersättes — då de fylla tre år.

## 14 §.

*1 mom.* Den som anmälts till regelbundet deltagande i barntandvården inom det distrikt, där han är bosatt eller fullgör skolgång eller är intagen å anstalt, skall intill utgången av det kalenderår, under vilket han fyller sexton år, utan kostnad äga åtnjuta systematisk behandling i den utsträckning organiserad barntandvård är anordnad för den årsgrupp, skolklass eller anstalt vilken den vårdsökande tillhör.

*2 mom.* Den, som icke varit ansluten till organiserad barntandvård enligt 1 mom. från det tillfälle därtill först stått honom till buds eller som utan giltigt förfall utebliver från föreskrivna revisioner, äger deltaga i den organiserade kostnadsfria vården, endast såframt han dessförinnan underkastar sig erforderlig tandbehandling mot avgift enligt den under 3 mom. omnämnda taxan. Vad sålunda stadgats skall dock ej gälla lärjunge, som först i folkskolans lägsta klass eller motsvarande anmäles till tandvård, oaktat tillfälle till organiserad barntandvård tidigare stått honom till buds.

*3 mom.* Tandvård i andra fall än i 1 och 2 mom. avses skall meddelas mot avgift enligt en av Kungl. Maj:t fastställd folktandvårdstaxa, dock att för vård å centraltandpoliklinik av mera komplicerade fall ersättning skall utgivas enligt bestämmelser som fastställas av huvudmannen.

Huvudmannen äger bestämma att lägre avgifter än de i folktandvårdstaxan föreskrivna skola tillämpas.

*4 mom.* Barn, som icke kan beredas möjlighet till organiserad barntandvård, äger intill utgången av det kalenderår, varunder det fyller sexton år, vid systematisk behandling åtnjuta nedsättning med 25 procent å de enligt folktandvårdstaxan utgående avgifterna. Vad sålunda föreskrives skall äga motsvarande tillämpning med avseende å systematisk behandling, som meddelas annan vårdsökande från och med det kalenderår, under vilket han

fyller sjutton år, till och med utgången av det kalenderår, då han fyller nitton år.

Kan i nu avsedda fall den systematiska behandlingen på grund av förhållandena vid polikliniken icke företagas årligen, skall den vårdsökande ändock äga åtnjuta sagda nedsättning.

5 mom. Om rätt för huvudmannen att vid meddelande av tandregleringsvård åt barn, som deltagar i organiserad barntandvård, uttaga särskild avgift stadgas i folktandvårdstaxan.

#### 15 §.

Det åligger hälsovårdsstyrelsen att årligen till medicinalstyrelsen avgiva berättelse över folktandvårdens tillstånd och utveckling under närmast föregående kalenderår, innefattande jämväl ekonomisk redogörelse ävensom uppgifter angående antalet patienter av olika kategorier som behandlats.

Berättelsen skall avgivas före utgången av april månad, och vara upprättad enligt av medicinalstyrelsen fastställda formulär och meddelade föreskrifter.

#### Statsbidrag till folktandvård inom landstingskommun m. m.

#### 16 §.

Landstingskommun som önskar erhålla statsbidrag till folktandvård har att till medicinalstyrelsen insända ansökan om sådant bidrag, åtföljd av förslag till folktandvårdsplan.

Folktandvårdsplan skall innehålla uppgifter angående tandvårdsdistriktens omfattning, poliklinikernas antal och organisation samt antalet tandläkartjänster å de särskilda poliklinikerna.

Har medicinalstyrelsen fastställt upprättad plan, skall statsbidrag utgå i enlighet med vad i 17 § sägs, varom medicinalstyrelsen har att underätta såväl sökanden som länsstyrelsen.

Har statsbidrag beviljats, och sker sedermera ändring i de förhållanden som avsetts vid statsbidragets beviljande, eller erfordras varaktig ändring i gällande folktandvårdsplan, skall anmälan därom göras hos medicinalstyrelsen.

#### 17 §.

För varje barn, som enligt 14 § 1 och 2 mom. erhåller systematisk behandling inom folktandvården i viss landstingskommun, utgår, där den årliga behandlingen avslutats, statsbidrag till landstingskommunen med sexton kronor om året till och med det kalenderår, under vilket barnet fyller sexton år.

## 18 §.

Statsbidrag till folktandvården utbetalas av länsstyrelsen. Rekvisition av sådant bidrag skall avse de barn, vilkas behandling avslutats under det sistförflutna kalenderåret. Rekvisition skall i enlighet med formulär som fastställs av medicinalstyrelsen upprättas i ett sammanhang för samtliga tandpolikliniker inom landstingskommunen samt senast den 15 februari året efter det, för vilket bidrag sökes, hava inkommit till länsstyrelsen.

Har rekvisition som här avses kommit länsstyrelsen tillhanda senare än i föregående stycke sägs, må länsstyrelsen, när skäl därtill äro, medgiva, att rekvisition ändå upptages till granskning. Finner länsstyrelsen så ej böra ske, skall frågan härom underställas Kungl. Maj:t.

Länsstyrelsen har att granska de inkomna rekvisitionerna och därvid tillse, att folktandvården anordnats i överensstämmelse med folktandvårdsplanen och att för statsbidrags erhållande i övrigt gällande villkor blivit uppfyllda. Därefter har länsstyrelsen att, så snart ske kan, utanordna för ändamålet godkänt belopp.

## 19 §.

Länsstyrelsen skall varje år under juli månad till vederbörande hälsovårdsstyrelse såsom förskott på statsbidraget för löpande kalenderår utan särskild rekvisition utbetala tio tolfte delar av det belopp, som på grund av den för nästföregående kalenderår gjorda rekvisitionen godkänts till utbetalning; och skall detta förskott avräknas vid slutlig utbetalning av driftbidrag för förstnämnda kalenderår.

**Statsbidrag till folktandvård i stad som ej tillhör landstingskommun m. m.**

## 20 §.

Stad som ej tillhör landstingskommun äger åtnjuta statsbidrag till folktandvård efter vad i 16 och 18 §§ sägs.

Har statsbidrag beviljats staden, utgår bidraget med tio kronor om året för varje sådant inom staden behandlat barn som avses i 17 §.

**Årlig avgift**

## 21 §.

För varje barn som deltagit i organiserad barntandvård skall utgå en årlig avgift av fem kronor. Rörande skyldighet för kommun att till vederbörande huvudman erlægga denna avgift stadgas i förordningen den 22 september 1950 om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården.

### Tillämpningsföreskrifter

#### 22 §.

På medicinalstyrelsen ankommer att utfärda de ytterligare föreskrifter, som må vara erforderliga för tillämpningen av denna kungörelse.

Denna kungörelse träder i kraft den \_\_\_\_\_, då kungörelsen den 22 september 1950 (nr 605) angående statsbidrag till folktandvård upphör att gälla.

#### Övergångsbestämmelser

1. Genomförande av folktandvård enligt denna kungörelse må efter plan, som godkännes av medicinalstyrelsen, ske på det sätt, att sådan vård först anordnas inom viss del eller vissa delar av landstingskommun eller stad som ej tillhör landstingskommun samt sedermera efter hand jämväl inom övriga delar av landstingskommunen eller staden.

2. Kungl. Maj:t vill, där särskilda omständigheter därtill föranleda, på framställning lämna landstingskommun eller stad utanför landstingskommun, som anordnat folktandvård, anstånd viss tid med inrättande av centraltandpoliklinik.

3. Tandtekniker eller tandsköterska, som den 31 december 19\_\_\_\_ var fast anställd inom folktandvården, äger utan hinder av att vederbörande icke erhållit i 10 § andra stycket omförmålt behörighetsbevis, söka och innehava fast anställning inom folktandvården.

Medicinalstyrelsen äger intill den 1 januari 19\_\_\_\_ förklara tandtekniker eller tandsköterska, som icke var fast anställd inom folktandvården den 31 december 19\_\_\_\_ och som icke innehar behörighetsbevis, behörig att söka och innehava fast anställning inom folktandvården.

4. Det åligger hälsovårdsstyrelse, att före utgången av april månad 19\_\_\_\_ till medicinalstyrelsen avgiva berättelse enligt 21 § kungörelsen den 22 september 1950, vilken berättelse skall avse tiden augusti—december 19\_\_\_\_.

5. Berättelse enligt 15 § i förevarande kungörelse skall första gången avgivas under 19\_\_\_\_ och avse nästföregående kalenderår.

6. Statsbidrag må utgå enligt bestämmelserna i kungörelsen den 22 september 1950 till utrustning av distriktstandpoliklinik som tagits i bruk före utgången av 19\_\_\_\_, där ansökan om dylikt bidrag inkommit till medicinalstyrelsen senast den 31 december 19\_\_\_\_.

7. Har folktandvårdsplan godkänts enligt endera kungörelsen den 3 juni 1938 (nr 358) angående statsbidrag till folktandvård eller kungörelsen den 22 september 1950, skall den anses som godkänd enligt förevarande kungörelse.

Statsbidrag, som beviljats enligt kungörelsen den 3 juni 1938 eller den 22 september 1950, skall anses som beviljat enligt förevarande kungörelse.

**Förslag till****Kungörelse om ändrad lydelse av 2 § folktandvårdstaxan den 29 november 1957  
(nr 634)**

Härigenom förordnas, att 2 § folktandvårdstaxan den 29 november 1957 skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

**2 §.**

Beträffande ersättning — — — barnet fyller sexton år, gäller — — — meddelade bestämmelser.

Erhåller barn, som deltagar i organiserad barntandvård enligt berörda kungörelse, jämväl särskild tandregleringsvård, äger huvudmannen uttaga avgift för sådan vård med högst 25 kronor för varje kalenderhalvår, under vilket behandling meddelas (*aktiva behandlingsperioder*).

Behandling av — — — för polikliniken.

## Förslag till Instruktion för tandläkare inom folktandvården

### Inledande bestämmelser

#### 1 §.

Vad i förevarande instruktion är stadgat skall gälla såväl tandläkare inom folktandvård i landstingskommun som — i tillämpliga delar — tandläkare inom folktandvård i stad som ej tillhör landstingskommun, såvida icke medicinalstyrelsen beträffande sådan stad vid fastställande av plan för folktandvården i staden eller eljest annorlunda förordnat.

Med hälsovårdsstyrelse, varom stadgas i landstingslagen, avses jämväl motsvarande kommunala förvaltningsorgan i stad som ovan sagts.

### Tillsättning av tandläkare

#### 2 §.

Skall *tandvårdsinspektör* tillsättas, har hälsovårdsstyrelsen att kungöra tjänsten till ansökan ledig.

I den mån behöriga sökande anmält sig, skall hälsovårdsstyrelsen å förslag uppföra de tre i avseende å förtjänst och skicklighet främsta bland de sökande med rätt för hälsovårdsstyrelsen att för en av de å förslaget uppförda avgiva förord. Hälsovårdsstyrelsen åligger att därefter till medicinalstyrelsen insända samtliga handlingar i ärendet. Över förslaget må klagan icke föras.

Sedan handlingarna inkommit till medicinalstyrelsen, har medicinalstyrelsen att med skäligt beaktande av givet förord förordna viss sökande till tandvårdsinspektör.

Finner medicinalstyrelsen icke någon av sökandena kunna med tjänsten betros, har medicinalstyrelsen att föreskriva, att tjänsten ånyo skall kungöras ledig till ansökan.

#### 3 §.

*Övertandläkare* (lasarettstandläkare) utnämnes av Konungen.

Då tjänst som övertandläkare (lasarettstandläkare) skall tillsättas, har hälsovårdsstyrelsen att kungöra tjänsten till ansökan ledig.

När särskilda skäl därtill äro, äger medicinalstyrelsen på ansökan av hälsovårdsstyrelsen medgiva, att tjänsten ånyo ledigförklaras.

I den mån behöriga sökande anmält sig, skall medicinalstyrelsen å förslag uppföra de fyra med avseende å förtjänst och skicklighet främsta sökan-

dena i den ordning de anses böra ifrågakomma till tjänsten. Kan sökande åberopa framstående skicklighet inom det område som tjänsten avser, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring å sjukhus, grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete, skall särskild hänsyn därtill tagas.

Sedan förslag upprättats, skall detta jämte ansökningshandlingarna översändas till hälsovårdsstyrelsen, som, efter hörande av direktionen för vederbörande sjukhus, har att avgiva förord för någon av de å förslaget uppförda. Hälsovårdsstyrelsen åligger att hos medicinalstyrelsen anmäla sitt beslut i förordsfrågan med bifogande av protokoll i ärendet. Medicinalstyrelsen översänder herefter handlingarna till Kungl. Maj:t.

Utnämnd övertandläkare (lasarettstandläkare) skall, om ej annat överenskommes med hälsovårdsstyrelsen, tillträda tjänsten med andra månaden näst efter den, varunder utnämningen skett.

#### 4 §.

*Annan tandläkare* än i 2 och 3 §§ avses tillsättes av hälsovårdsstyrelsen medelst förordnande tills vidare eller, om särskilda skäl därtill äro, för viss tid.

Skall i första stycket avsedd tjänst tillsättas med förordnande tills vidare, har hälsovårdsstyrelsen att kungöra tjänsten till ansökan ledig.

Försåvitt medicinalstyrelsen ej efter framställning av huvudmannen eller eljest annorledes förordnar, skola förslag till besättande av ledigförklarade tjänster skyndsamt avgivas, beträffande tjänst vid centraltandpoliklinik av övertandläkaren (lasarettstandläkaren) och beträffande övriga tjänster av tandvårdsinspektören, som före förslags upprättande har att inhämta yttrande av vederbörande chef för den vårdgren eller poliklinik, där befattningen är uppförd.

I den mån behöriga sökande anmält sig skola tre av dessa i den ordning de anses böra ifrågakomma till tjänsten uppföras å förslag. Över förslaget, som skall avgivas skyndsamt, må klagan icke föras. Har icke någon behörig sökande anmält sig, åligger det hälsovårdsstyrelsen att vidtaga den åtgärd, som av förhållandet föranledes.

Sedan förslag upprättats skola samtliga handlingar överlämnas till hälsovårdsstyrelsen, som har att till tjänsten förordna en av de sökande; dock skall styrelsen, om icke någon av dem finnes kunna betros med tjänsten, ånyo kungöra densamma ledig.

#### 5 §.

Erforderliga åtgärder för återbesättande av ledigbliven tjänst som tandvårdsinspektör eller som övertandläkare (lasarettstandläkare) skola vidtagas utan dröjsmål.

Då hälsovårdsstyrelse tillsatt tandläkartjänst eller eljest anställt tandläkare inom folktandvården, skall beslutet anmälas till medicinalstyrelsen.

#### Kungörande av ledig tjänst

##### 6 §.

Då tjänst skall tillsättas efter ledigförklarande, skall kungörelse införas i allmänna tidningarna eller, därest Kungl. Maj:t medgivit det, i annan publikation. I kungörelsen skall föreläggas tre veckors ansökningstid, räknat från dagen för kungörandet, samt i korthet angivas löneförmånerna och villkoren för deras åtnjutande. Avser kungörelsen tjänst som övertandläkare (lasarettstandläkare) skall angivas, att ansökningshandlingarna skola ingivas till medicinalstyrelsen.

#### Tandläkares åligganden

##### 7 §.

*Tandvårdsinspektör* har att närmast under hälsovårdsstyrelsen utöva tillsyn över distrikts- och anstaltstandvården inom landstingskommunen.

Det åligger honom

1. att följa tandvårdens utveckling såväl i allmänhet som särskilt inom landstingskommunen;

2. att enligt medicinalstyrelsens föreskrifter verkställa inspektion av distrikts- och anstaltstandvården inom landstingskommunen samt att däröver avgiva berättelse till medicinalstyrelsen och hälsovårdsstyrelsen;

3. att till medicinalstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen ingiva de framställningar och förslag i frågor rörande folktandvården, vartill anledning må förefinnas;

4. att årligen å tid som hälsovårdsstyrelsen bestämmer till styrelsen avgiva berättelse rörande verksamheten nästföregående kalenderår inom distrikts- och anstaltstandvården;

5. att efter samråd med chefen för tandregleringsvården avgöra omfattningen av sådan vård vid distriktstandpoliklinikerna;

6. att, såvitt ske kan, på kallelse vara närvarande vid sammanträde med hälsovårdsstyrelsen, då tandvårdsärende behandlas;

7. att underkasta sig medicinalstyrelsens inspektion av sin verksamhet;

8. att ställa sig till efter rättelse av medicinalstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen meddelade förordnanden eller ålägganden i tjänsten; samt

9. att i övrigt iakttaga vad på honom ankommer enligt gällande författningar och instruktioner.

##### 8 §.

*Övertandläkare* (lasarettstandläkare) åligger

1. att ansvara för vårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande å centraltandpolikliniken;



2. att kostnadsfritt meddela å lasarettet intagna patienter den vård, som han efter samråd med vederbörande läkare finner av medicinska skäl påkallad;

3. att hålla poliklinisk mottagning dels för lämnande av vård i mera komplicerade fall åt personer, som av tandläkare inom folktandvården eller annan tandläkare eller av läkare remitteras till centraltandpoliklinik, dels ock, i den mån tiden medgiver, meddela folktandvård i övrigt; ersättningen skall därvid beräknas enligt en av Kungl. Maj:t fastställd folktandvårdstaxa, om icke enligt vad därom är särskilt stadgat av landstinget fastställd taxa må följas;

4. att tillse att av medicinalstyrelsen föreskrivna eller eljest erforderliga journaler m. m. vederbörligen föras;

5. att enligt av medicinalstyrelsen fastställda formulär före den 15 februari varje år till hälsovårdsstyrelsen avgiva berättelse över verksamheten vid centraltandpolikliniken under nästföregående kalenderår;

6. att till medicinalstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen ingiva de framställningar och förslag i frågor rörande centraltandpolikliniken, vartill anledning må förefinnas;

7. att, såvitt ske kan, på kallelse vara närvarande vid sammanträde med hälsovårdsstyrelsen och sjukhusdirektionen, då ärende angående centraltandpolikliniken behandlas; samt

8. att iakttaga vad i 7 § under 7.—9. föreskrives beträffande tandvårdsinspektör.

#### 9 §.

*Cheftandläkare för tandregleringsvården* är ansvarig för det behöriga och ändamålsenliga handhavandet av sådan vård inom landstingskommunen.

Det åligger honom

1. att i samråd med tandvårdsinspektören uppgöra plan för tandregleringsvårdens bedrivande;

2. att vara föreståndare för en poliklinik för tandreglering och därvid ställa sig till efterrättelse vad i 11 § föreskrives beträffande sådan föreståndare;

3. att enligt av medicinalstyrelsen fastställda formulär före den 15 februari varje år till hälsovårdsstyrelsen avgiva berättelse över verksamheten inom tandregleringsvården under nästföregående kalenderår;

4. att till medicinalstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen ingiva de framställningar och förslag i frågor rörande tandregleringsvården, vartill anledning må förefinnas;

5. att, såvitt ske kan, på kallelse vara närvarande vid sammanträde med hälsovårdsstyrelsen, då ärende angående tandregleringsvården behandlas; samt

6. att iakttaga vad enligt 7 § under 7.—9. föreskrives beträffande tandvårdsinspektör.

## 10 §.

*Föreståndare för distriktstandpoliklinik* är förman för de å polikliniken anställda befattningshavarna. Det åligger honom, utöver vad enligt denna instruktion på honom ankommer som distriktstandläkare,

1. att leda och övervaka befattningshavarnas arbete samt lämna de anvisningar och råd, som befinnas påkallade, ävensom vinnlägga sig om att befordra ett gott samarbete mellan befattningshavarna å polikliniken;

2. att ansvara för vårdens behöriga och ändamålsenliga bedrivande å polikliniken;

3. att till tandvårdsinspektören överlämna i 12 § omförmälda månads- och årsrapporter, månadsrapporterna före den 10 i varje månad och årsrapporterna före den 15 januari varje år; samt

4. att till tandvårdsinspektören avgiva förslag vid tillsättning av befattningshavare å polikliniken.

## 11 §.

*Föreståndare för tandregleringspoliklinik* åligger att i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse vad i 10 § föreskrives med avseende å föreståndare för distriktstandpoliklinik, dock att vad i nämnda § sägs om tandvårdsinspektör skall avse chefen för tandregleringsvården.

## 12 §.

*Distriktstandläkare* åligger

1. att på tider som hälsovårdsstyrelsen bestämmer meddela tandvård i enlighet med vad som stadgas i kungörelsen angående statsbidrag till folk-tandvård;

2. att enligt anvisningar av medicinalstyrelsen på lämpligt sätt meddela råd, upplysningar och föreskrifter rörande tändernas vård och inskräpa vikten av regelbunden tandvård och omsorgsfull munhygien;

3. att tillse att av medicinalstyrelsen föreskrivna eller för hans verksamhet eljest erforderliga journaler m. m. vederbörligen föras;

4. att enligt formulär, som medicinalstyrelsen fastställer, upprätta och till poliklinikföreståndaren överlämna rapport angående sin verksamhet vid polikliniken dels före den 8 i varje månad avseende den sistförflutna månaden, och dels före den 10 januari varje år avseende nästföregående kalenderår;

5. att underkasta sig inspektion av sin verksamhet och iakttaga därvid givna föreskrifter; samt

6. att iakttaga vad i 7 § under 8. och 9. föreskrives beträffande tandvårdsinspektör.

## 13 §.

*Annan tandläkare* inom folktandvården åligger att i tillämpliga delar iakttaga vad i 12 § stadgas för distriktstandläkare.

**Ledighet och vikarie för tandläkare**

14 §.

*1 mom.* Semester och annan ledighet för tandläkare beviljas av hälsovårdsstyrelsen, dock att för tandvårdsinspektör och övertandläkare (lasarettstandläkare) fråga om ledighet, som överstiger sammanlagt sex månader i följd, av hälsovårdsstyrelsen skall hänskjutas till medicinalstyrelsen.

Vikarie för ledig tandläkare förordnas av den som beviljar ledigheten.

*2 mom.* Uppstår vakans å tandvårdsinspektörstjänst eller å övertandläkartjänst (lasarettstandläkartjänst), åligger det hälsovårdsstyrelsen att hos medicinalstyrelsen begära förordnande för legitimerad tandläkare att, intill dess tjänsten blivit i vederbörlig ordning besatt, uppehålla densamma.

Vid uppkommen vakans å annan tandläkartjänst äger hälsovårdsstyrelsen förordna vikarie.

*3 mom.* Innan medicinalstyrelsen beviljar ledighet för övertandläkare (lasarettstandläkare) eller förordnar vikarie å tjänsten skall direktionen för vederbörande sjukhus hava beretts tillfälle yttra sig.

*4 mom.* Kan vid semester eller annan ledighet, som beviljats tandläkare i distriktstandvård, eller vid vakans å tandläkartjänst inom sådan vård legitimerad tandläkare ej erhållas som vikarie, skall anmälan därom göras till medicinalstyrelsen, som har att förordna lämplig vikarie.

**Besvär**

15 §.

Över hälsovårdsstyrelsens beslut, varigenom tandläkartjänst tillsättes, må talan föras genom besvär hos medicinalstyrelsen. Besvären skola hava inkommit till medicinalstyrelsen inom tre veckor från den dag, då verkställd justering av det över beslutet förda protokollet tillkännagivits å landstingskommunens anslagstavla. Vid prövning av besvären må jämväl avgivet förslag avseende tjänsten komma under bedömande.

Om besvär över annat beslut av hälsovårdsstyrelse gäller vad som stadgas i landstingslagen, kommunallagen eller kommunallagen för Stockholm.

## KAPITEL I

### Folktandvårdens utveckling

#### *Historik*

Frågan om åtgärder från det allmännas sida för tandvårdens främjande upptogs första gången i riksdagen genom en motion 1904. Motionen för-  
anledde dock ingen riksdagens åtgärd. Därefter återupptogs frågan i riksdagen 1912 och 1913. Sistnämnda år hemställde riksdagen, att Kungl. Maj:t måtte låta utreda på vad sätt en effektiv tandvård särskilt vid landsbygdens små- och folkskolor måtte kunna komma till stånd samt för riksdagen framlägga förslag härom. Skrivelsen föranledde Kungl. Maj:t att den 12 september 1913 tillkalla sakkunniga för utredning av frågan angående tandvård för skolungdomen, de s. k. skoltandvårdssakkunniga. Dessa avgåvo den 15 augusti 1917 betänkande »Om tandvård för skolungdom».

Sedan det visat sig, att de av de sakkunniga framlagda förslagen näppe-  
ligen komme att leda till några åtgärder från statsmakternas sida, återupptogs i riksdagen försöken att få till stånd utredning om en allmän folktandvård. Dessa resulterade så småningom i en skrivelse från riksdagen den 27 maj 1924 med begäran om utredning. I anledning härav tillkallade chefen för socialdepartementet den 10 oktober 1924 tre sakkunniga att biträda med utredningen. De sakkunniga avgåvo den 30 april 1928 betänkande angående ordnande av folktandvård (SOU 1928: 17). Vid remissbehandlingen av förslaget visade sig meningarna vara i hög grad delade om på vilket sätt folktandvården borde ordnas. Betänkandet jämte däröver avgivna yttranden överlämnades därför för ytterligare utredning till statens sjukvårdskommitté.

Den 31 augusti 1935 avgav *statens sjukvårdskommitté* betänkande angående folktandvård (SOU 1935: 46). Vid remissbehandlingen ansågs kommitténs förslag av flertalet myndigheter i huvudsak ägnat att läggas till grund för beslut i ämnet ehuru i allmänhet med vissa modifikationer. Kungl. Maj:t fann därför påkallat med en överarbetning av förslaget. Denna uppdrogs åt nya sakkunniga.

Den 15 december 1937 avgåvo de sakkunniga, vilka antagit benämningen *1937 års folktandvårdssakkunniga*, betänkande med förslag till folktandvård (SOU 1937: 47). På grundval av betänkandet, som till stor del var baserat på en inom Södermanlands län organiserad omfattande försöks-

verksamhet, förelades 1938 års riksdag genom prop. nr 127 och 128 förslag i ämnet. Propositionerna blevo med obetydliga jämkningar bifallna av riksdagen.

I anslutning till riksdagens beslut utfärdade Kungl. Maj:t den 3 juni 1938 kungörelse (nr 358) angående statsbidrag till folktandvård, taxa för folktandvård (nr 359) och förordning (nr 360) om lindring i obemedlades och mindre bemedlades tandvårdskostnader m. m. Dessa författningar trädde i kraft den 1 januari 1939 och gällde — frånsett taxan — med några mindre ändringar i 12 år.

Beträffande innehållet i 1938 års författningar hänvisas till redogörelsen i det följande.

Den 26 april 1946 fann Kungl. Maj:t påkallat att tillkalla nya sakkunniga för att verkställa översyn av folktandvårdsorganisationen, bl. a. enär erfarenheten visat, att de i ämnet gällande författningsbestämmelserna icke voro fullt tillfredsställande. Dessa sakkunniga, *1946 års folktandvårds-sakkunniga*, avgåvo den 3 december 1948 betänkande med förslag angående folktandvårdens organisation m. m. (SOU 1948: 53). På grundval av de sakkunnigas betänkande föreslog Kungl. Maj:t i proposition nr 84 till 1950 års riksdag vissa ändringar beträffande riktlinjerna för folktandvårdens fortsatta utbyggnad och organisation. Förslaget biträdades av riksdagen (statsutskottets utlåtande nr 166, riksdagens skrivelse nr 302). I anslutning härtill utfärdades Kungl. Maj:ts kungörelse den 22 september 1950 angående statsbidrag till folktandvård (nr 605; ändr. 238/1951, 599/1955, 291/1956) och Kungl. Maj:ts instruktion samma dag för tandläkare inom folktandvården (nr 607; ändr. 239/1951, 605/1958). Samtidigt föreslog Kungl. Maj:t riksdagen i proposition nr 92 vissa ändringar i grunderna för kommunernas bidrag till folktandvården. Propositionen bifölls av riksdagen (andra lagutskottets utlåtande nr 45, riksdagens skrivelse nr 339) och i anslutning härtill utfärdade Kungl. Maj:t den 22 september 1950 förordning (nr 606) om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården. Ny folktandvårdstaxa utfärdades i samband härmed den 27 oktober 1950 (nr 608), vilken dock redan den 7 december 1951 (nr 757) ersattes av en helt reviderad taxa. Gällande folktandvårdstaxa är utfärdad den 29 november 1957 (nr 634).

Genom beslut den 26 januari 1951 bemyndigade Kungl. Maj:t statsrådet och chefen för ecklesiastikdepartementet att tillkalla sakkunniga för utredning rörande ökad utbildning av tandläkare och därmed sammanhängande frågor. De sakkunniga, *1951 års tandläkarkommitté*, avgåvo den 30 november 1953 betänkande med förslag till åtgärder i syfte att utöka examinationen av tandläkare. Förslaget innebar, att den årliga intagningen av studerande för utbildning till tandläkare skulle ökas från högst 180 till högst 300 elever. Detta skulle möjliggöras bl. a. genom inrättandet av dels den i princip redan beslutade tandläkarhögskolan i Göteborg och dels en

odontologisk högskoleklinik i Umeå, ansluten till tandläkarhögskolan i Stockholm såsom en underavdelning till denna. På grundval av betänkan- det framlade Kungl. Maj:t (prop. nr 138) till 1955 års riksdag förslag om ökad intagning av elever för tandläkarutbildning. Umeåkliniken fick där- vid större omfattning än vad kommitténs majoritet förordat, medan frå- gan om inrättande av en tandläkarhögskola i Göteborg ställdes på fram- tiden. Den årliga intagningen av tandläkarstuderande maximerades till 240. Förslaget biträdades av riksdagen (statsutskottets utlåtande nr 148, riks- dagens skrivelse nr 326).

### *Folk tandvårdens organisation m. m.*

I det följande lämnas en kort redogörelse för folk tandvårdens organisation och principer enligt nu gällande författningar. Där nuvarande ordning mera väsentligt avviker från den, som föreskrevs genom 1938 års författ- ningar, omnämnas även de ursprungliga bestämmelserna.

a) *Huvudmannaskap.* Anordnandet av folk tandvård ankommer på lands- tingen och de sex städer, som icke deltaga i landsting. Dessa äro sålunda huvudmän för verksamheten. Något åläggande för landstingen (städerna) att anordna folk tandvård finnes icke utan detta är författningsmässigt sett en frivillig angelägenhet. Om de anordna folk tandvård enligt de bestäm- melser som statsmakterna uppställt, bli de berättigade att erhålla stats- bidrag i viss omfattning. Städerna få dock icke såsom landstingen denna rätt automatiskt utan endast, därest Kungl. Maj:t efter prövning av om- ständigheterna så medgivit. Förhållandena i dessa städer ha nämligen an- setts så olika i jämförelse med landstingen, att en viss prövning funnits böra förbehållas Kungl. Maj:t, innan stadgade förmåner få åtnjutas.

Folk tandvård har successivt anordnats inom olika delar av landet.

b) *Den lokala organisationen.* Ledningen av folk tandvården skall inom varje landstingsområde (landstingskommun) utövas av landstingets hälso- värdsberedning (numera hälsovårdsstyrelse eller hälso- och sjukvårdssty- relse). Beträffande städer, som icke deltaga i landsting, finnes ingen gene- rell föreskrift om vilket kommunalt organ, som skall utöva ledningen. I Göteborg och Malmö tillkommer denna sjukhusdirektionen, i Gävle och Norrköping hälsovårdsnämnden samt i Stockholm och Hälsingborg en för ändamålet särskilt tillsatt folk tandvårdsstyrelse.

För folk tandvårdens ombesörjande skall en plan upprättas för lands- tingskommunen (staden), vilken skall fastställas av medicinalstyrelsen. I planen skall landstingskommunen indelas i tandvårdsdistrikt. Sådan in- delning kräves ej beträffande de landstingsfria städerna.

I varje distrikt skall finnas minst en fast tandpoliklinik, distriktstand- poliklinik, eventuellt kompletterad med annextandpolikliniker och ambula-

toriska polikliniker. Den tandvård, som lämnas vid dessa polikliniker, betecknas distriktstandvård.

Vid sidan härav skall inom varje landstingskommun (stad) finnas en centraltandpoliklinik. Den är som regel anknuten till centrallasarett och avsedd att tillgodose *dels* de komplicerade tandvårdsfall inom ifrågasvarande landstingskommun eller stad, för vilkas behandling erfordras specialutbildad personal och en mera speciell utrustning, *dels* det vid lasaretten ineliggande klientelet, *dels* ock folktandvård i övrigt. Centraltandpolikliniker finnas ännu icke anordnade inom samtliga landstingskommuner och landstingsfria städer. Kungl. Maj:t äger nämligen, om särskilda omständigheter därtill föranleda, medgiva huvudman anstånd viss tid med inrättande av sådan poliklinik.

Genom 1950 års författning har den tredje grenen av folktandvården — anstaltstandvården — fått sin plats på arbetsprogrammet. Numera stadgas sålunda, att tandpoliklinik må, där så befinnes erforderligt, anordnas å anstalt. Anstaltstandvården har ännu endast i mindre omfattning kunnat inordnas i folktandvården.

c) *Folktandvårdens klientel*. Principiellt skall folktandvården stå öppen för alla medborgare. En del kategorier äga dock en viss förmånsställning, nämligen

- 1) barn i åldern 6—15 år, eventuellt 3—15 år (s. k. organiserad barntandvård);
- 2) akuta fall och
- 3) patienter, vilka enligt förordningen om mödrahjälp åtnjuta hjälp till tandvård.

Organiserad barntandvård kan anordnas för särskilda enheter såsom årsgrupper, skolklasser eller anstalter. Denna tandvård skall omfatta systematisk behandling d. v. s. minst en gång årligen återkommande tandvård av den omfattning medicinalstyrelsen bestämmer. Den organiserade barntandvården åtnjuter en särställning inom folktandvården genom att författningen föreskriver, att årligen minst 55 procent av de inom distriktstandvården tjänstgörande tandläkarnas sammanlagda arbetstid skall ägnas åt denna tandvård (enligt 1938 års författning skulle varje distriktstandläkare av sin årliga arbetstid, 1 900 timmar, ägna minst 1 000 timmar åt barntandvård, vilket motsvarade 52,6 procent av arbetstiden).

Barn, som ej deltaga i organiserad barntandvård, skola i regel behandlas under den för vuxna anslagna tiden och i samma turordning, som gäller för vuxenklientelet.

Beträffande de ovan angivna grupperna 2) och 3) — akuta fall bland 16-åringar och äldre samt mödrahjälpsspatienter — gäller, att de skola behandlas med förtursrätt under den för annan tandvård än organiserad barntandvård anslagna tiden. I övrigt gäller ingen förtursrätt, utan behandlingen får ske i den tur vederbörande anmält sig.

d) *Kostnaderna för tandvården*. Huvudregeln är, att enskilda vuxna patienter, som erhålla tandvård, skola betala densamma enligt en av Kungl. Maj:t fastställd taxa, folktandvårdstaxan. Denna avvägdes vid tillkomsten så, att den i princip skulle täcka huvudmännens kostnader för sagda tandvård. Taxan har karaktär av maximitaxa. Huvudmännen äga sålunda bestämma lägre avgifter.

Folktandvårdstaxan gäller ej vård å centraltandpoliklinik av mera komplicerade fall. Ersättningen för dessa ankommer på huvudmännen att bestämma. Svenska landstingsförbundet har utarbetat en taxa för denna vård, vilken taxa förbundet rekommenderat huvudmännen att följa.

Enligt 1938 års bestämmelser gällde åtskilliga regler beträffande obemedlades och mindre bemedlades tandvårdskostnader, vilka regler numera samtliga upphört att gälla. Om en kommun anslog medel utan fattigvårds karaktär till avgifter för tandvård åt obemedlade eller mindre bemedlade, ägde kommunen av staten utfå ersättning med viss del av kostnaden. I tillämpningen kommo dessa statsbidragsbestämmelser att utnyttjas endast i ringa omfattning, vilket var den närmaste anledningen till att de icke upptogos i 1950 års författningar. Statsmakterna räknade med att kommunerna i allmänhet även utan statsbidrag skulle anslå medel till tandvård åt ifrågavarande kategorier.

För barn- och ungdomstandvården gälla särskilda bestämmelser.

Den tandvård, som meddelas inom den organiserade barntandvården, är helt kostnadsfri för den enskilde. Däremot har den kommun, inom vilken barnet är kyrkoskrivet, att erlægga en årsavgift av fem kronor till vederbörande huvudman. Kommunen äger numera icke återkräva avgiften av den enskilde, medan 1938 års författning medgav kommunerna att uttaga avgiften av andra än obemedlade och mindre bemedlade.

Ungdom i åldern 16—19 år äger erhålla systematisk behandling mot avgift enligt folktandvårdstaxan med en nedsättning av 25 procent under förutsättning att vederbörande under det kalenderår, då han fyllt femton år, undergått systematisk behandling inom folktandvården.

e) *Tandläkarpersonalen*. I 1938 års kungörelse omnämndes endast tre slag av tandläkare: distriktstandläkare (å distriktstandpoliklinikerna), föreståndare för centraltandpoliklinik samt tandvårdsinspektör (för inspektion av distriktstandvården). Föreståndaren för centraltandpoliklinik skulle tillika vara tandvårdsinspektör, försåvitt ej medicinalstyrelsen uppdrog åt annan tandläkare att vara tandvårdsinspektör.

I nu gällande författning har en större differentiering av tandläkartjänsterna genomförts. Vid distriktstandpoliklinikerna skiljer man emellan *dels* distriktstandläkare, *dels* distriktstandläkare tillika föreståndare (en sådan tjänst skall finnas å varje distriktstandpoliklinik, som är avsedd för högst tre tandläkare) och *dels* förste distriktstandläkare (som regelmässigt skall finnas såsom föreståndare för distriktstandpoliklinik, vilken är av-



sedd för fyra eller flera tandläkare). Tandvårdsinspektören har bibehållits för inspektion av distrikts- och anstaltstandvården. Hans tjänst förutsättes icke längre regelmässigt vara förenad med tjänst som föreståndare för centraltandpoliklinik men hinder möter icke mot fortsatt förening. Föreståndaren för centraltandpoliklinik benämnes numera lasarettstandläkare eller — vid sjukhus där motsvarande läkare benämnes överläkare — över-tandläkare. Vidare har å centraltandpoliklinikerna tillkommit tjänster för biträdande lasarettstandläkare och assistenttandläkare. Dessa äro dock icke obligatoriska. Slutligen nämnes i författningarna »tandläkare med viss odontologisk specialitet» såsom stående utanför såväl distrikts- och anstalts-tandvården som lasarettstandvården. Härmed åsyftas i första hand tand-läkare med tandreglering såsom specialitet.

f) *Hjälpkraftspersonalen*. I 1938 års författning omnämndes tandteknikerna överhuvudtaget icke och tandsköterskorna endast såtillvida, att det stadgades, att å varje distriktstandpoliklinik skulle finnas minst en distriktstandsköterska, att sådan sköterska skulle ha genomgått utbildningskurs vid tandläkarinstitutet eller förvärvat annan av medicinalstyrelsen godkänd utbildning samt att medicinalstyrelsen skulle bestämma ordningen för hennes tillsättande m. m.

I nu gällande författning har — liksom beträffande tandläkarna — en mera ingående reglering skett av ifrågavarande befattningar. Numera gäller sålunda följande.

Vid varje distriktstandpoliklinik skall finnas minst en distriktstandsköterska. Är poliklinik avsedd för fyra eller flera tandläkare, skall finnas en befattning som första distriktstandsköterska. Vid centraltandpoliklinik skall finnas en första tandsköterska samt, vid behov, en eller flera tandsköterskor.

Vid tandtekniskt laboratorium inom folktandvården skola vara anställda distriktstandtekniker till erforderligt antal och må även kunna anställas förste tandtekniker och cheftandtekniker.

g) *Personalens tjänstgörings- och avlöningsförhållanden*. Enligt 1938 års författning skulle distriktstandläkare tjänstgöra minst 1 900 timmar årligen. I nu gällande författning har detta ändrats därhän, att inom folktandvården fast anställd tandläkare i princip skall ha en arbetstid av i genomsnitt 42 timmar för vecka. Detta gäller dock ej för tandvårdsinspektör, som icke är heltidstjänstgörande inom folktandvården. I den nya författningen har också införts rätt för medicinalstyrelsen att bemyndiga huvudman att i särskilda fall anlita tandläkare med kortare arbetstid än den, som kräves för fast anställning (extra distriktstandläkare).

I 1938 års författning föreskrevs vissa minimilöner, som skulle utgå till personalen för att huvudmannen skulle få rätt att åtnjuta statsbidrag, medan i gällande författning samtliga bestämmelser om personalens för-

måner såsom överflödiga uteslutits. Dessa regleras numera helt genom överenskommelser mellan huvudmännen och personalorganisationerna.

h) *Statens bidrag till folktandvården*. Staten bidrager *dels* till utrustningen av *landstingens* distriktstandpolikliniker och *dels* till driften av dessa. Utrustningsbidraget är i praktiken oförändrat alltsedan 1938 och utgår med 3 000 kronor för varje distriktstandpoliklinik och, om mer än en tandläkare skall vara anställd där, med 1 300 kronor för varje ytterligare sådan tandläkare samt beträffande annextandpoliklinik och ambulatorisk tandpoliklinik med 1 000 kronor.

Driftbidraget utgick enligt 1938 års författning med 3 000 kronor för varje anställd distriktstandläkare och med 1 000 kronor för varje distriktstandsköterska. Därjämte ersatte staten helt huvudmannens utgifter för ålderstillägg till samma personal. I 1950 års författning har driftbidraget helt omlagts och utgår nu med 16 kronor om året för varje barn, som under kalenderåret erhållit systematisk behandling mot den föreskrivna årsavgiften om 5 kronor, dock endast under förutsättning att behandlingen avslutats under året.

*Städerna utanför landsting* erhålla icke utrustningsbidrag och driftbidrag utgår med hälften av vad landstingen erhålla eller 8 kronor för varje mot årsavgift systematiskt behandlat barn (enligt 1938 års författning utgjorde driftbidraget 4 kronor per barn).

### *Folktandvårdens nuvarande omfattning*

Folktandvård i enlighet med av medicinalstyrelsen fastställd plan är numera anordnad inom samtliga landstingskommuner och städer utanför landstingskommun.

Den 1 november 1959 voro enligt tillgängliga uppgifter 22 centraltandpolikliniker, 24 polikliniker för tandreglering och 679 av 708 inrättade distriktstandpolikliniker i verksamhet.

Totala antalet inom folktandvården tjänstgörande tandläkare var den 1 november 1959 1 634. Av dessa voro vid centraltandpolikliniker anställda 75, varav 24 lasarettstandläkare. Vid polikliniker för tandreglering tjänstgjorde 46 tandläkare. Antalet distriktstandläkare uppgick till 1 476, varav 1 106 inom landstingskommunerna och 370 inom städer utanför landsting. Antalet förste distriktstandläkare utgjorde 125. Av det totala antalet distriktstandläkare voro 137 i utlandet utbildade tandläkare, som, sedan de vunnit svenskt medborgarskap erhållit rätt söka och inneha distriktstandläkartjänst, och 336 likaledes i utlandet utbildade tandläkare, vilka med stöd av gällande bestämmelser förordnats såsom vikarier å dylika tjänster. 230 tandläkartjänster saknade innehavare eller vakansvikarier.

Under år 1957 — det senaste år, för vilket fullständiga statistiska uppgifter finnas tillgängliga — erhöles inom folktandvården 659 000 barn

fullständig behandling och 64 000 partiell behandling. Under samma år behandlades 184 000 vuxna patienter fullständigt och 274 000 partiellt. Folk tandvårdens inkomster och utgifter balanserade år 1957 på omkring 81,9 mkr., varav på landstingskommunerna belöpte 61,0 mkr. och på städerna utanför landsting 20,9 mkr. Det statliga driftbidraget uppgick till 8,4 resp. 1,3 mkr. och huvudmännens kostnader till 27,8 resp. 17,0 mkr.

Tabell 1. Antalet tandläkare i Sverige under åren 1860—1958  
(inklusive utländska tandläkare)

År	Totalt	Därav inom folktandvården
1860	18	—
1880	34	—
1900	281	—
1920	627	—
1930	1 236	—
1940	2 347	53
1945	2 818	328
1946	2 925	413
1947	3 062	533
1948	3 209	587
1949	3 374	605
1950	3 546	680
1951	3 725	779
1952	3 915	903
1953	4 108	1 001
1954	4 261	1 097
1955	4 526	1 375
1956	4 668	1 450
1957	4 812	1 496
1958	4 938	1 534

Tabell 2. Antal inrättade folktandvårdspolikliniker 1940—1958

Vid utgången av år	Antal central- tandpolikliniker	Antal polikliniker för tandreglering	Antal distrikts- tandpolikliniker
1940	1		34
1941	1		80
1942	1		103
1943	2		147
1944	4		189
1945	5		198
1946	5		238
1947	7		277
1948	11		348
1949	13		381
1950	13		401
1951	14		415
1952	16		431
1953	16		461
1954	16		498
1955	19		596
1956	20	6	630
1957	20	13	649
1958	20	21	683

Enligt preliminära beräkningar utgjorde antalet fullständigt behandlade barn inom folktandvården under tiden 1 januari—31 december 1958 omkring 690 000. Partiell behandling meddelades 61 000 barn. Under samma tid erhöles 192 000 vuxna patienter fullständig och 262 000 partiell behandling. Inkomster och utgifter balanserade på 88,5 mkr., därvid statens bidrag utgjorde 9,8 mkr. och huvudmännens kostnader uppgingo till 47,2 mkr.

Till belysning av folktandvårdens utveckling under åren 1940—1958 har uppgjorts tab. 1—4.

Vid sidan av den tandvård, som meddelas inom folktandvårdens ram, bedrivs i viss omfattning skoltandvård i kommunal regi, delvis med landstingsbidrag. Denna tandvård meddelas av — i flertalet fall — deltid-

Tabell 3. Antalet inom folktandvården behandlade patienter åren 1940—1958; 1 000-tal

År	Fullst. beh. barn	Partiellt beh. barn <sup>1</sup>	Fullst. beh. vuxna	Partiellt beh. vuxna <sup>1</sup>	Summa behandlade
1940	23	3	9	9	44
1941	48	5	16	23	92
1942	78	9	24	38	149
1943	97	11	31	49	188
1944	135	15	41	65	256
1945	162	19	49	78	308
1946	184	25	63	96	368
1947	205	30	70	103	408
1948	258	50	83	130	521
1949	268	60	82	139	549
1950	282	66	85	143	576
1951	327	76	93	167	663
1952	378	63	112	198	751
1953	437	63	131	232	863
1954	507	60	151	237	955
1955	609	60	167	236	1 072
1956	638	70	178	258	1 144
1957	659	64	184	274	1 181
1958	690	61	192	262	1 200

<sup>1</sup> Huvudsakligen s. k. akuta fall.

Tabell 4. Folktandvårdens finansiering; 1 000-tal kr

År	Statsbidrag	Årsavgifter för barn	Avgifter enl. folktand- vårdstaxan	Övriga inkomster	Huvud- männens kostnader	Summa
1940	130	81	476	18	161	866
1945	1 091	621	3 858	50	2 506	8 126
1950	2 172	1 082	8 047	58	10 353	21 712
1955	8 736	2 300	21 304	437	32 934	65 711
1956	8 987	2 355	23 459	445	38 784	74 030
1957	9 727	2 394	24 454	518	44 788	81 881
1958 <sup>1</sup>	9 813	2 768	28 097	677	47 155	88 510

<sup>1</sup> Preliminära uppgifter.

anställda skoltandläkare, antingen å vederbörande tandläkares privatmottagning eller å särskilda skoltandpolikliniker. Genom rundskrivelse till folktandvårdens samtliga huvudmän ha de sakkunniga sökt bilda sig en uppfattning rörande omfattningen av denna tandvård och kostnaderna för densamma. En sammanställning av inkomna svar, vilka hänföra sig till läsåret 1956/57, i en del fall till kalenderåret 1957, visar, att antalet behandlade barn utgjort uppskattningsvis 91 000 samt att kostnaderna uppgått till drygt 5,2 mkr.

Det är att vänta, att förevarande kommunala skoltandvård kommer att successivt avvecklas allt efter det folktandvården utbygges på ifrågavarande platser.

## KAPITEL II

### Folktandvårdens målsättning

Folktandvårdens syfte angavs av statens sjukvårdskommitté (Betänkande angående folktandvård. SOU 1935:46, sid. 40) vara, att till rimlig kostnad bereda såväl barn som vuxna möjlighet att vidmakthålla och främja tändernas uppgift såsom tuggorgan samt att bibehålla tänder och munhåla i friskt tillstånd, så att de ej bli en infektionskälla för organismen i övrigt. Folktandvården bör därför i huvudsak vara av konserverande beskaffenhet och avse såvitt möjligt fullständig konserverande behandling av munhålan, inklusive ersättning för förlorade tänder, där så erfordras för bittets funktionsduglighet. Däremot faller tandvård, som enbart eller främst tjänar ett förskönande syfte, utanför folktandvårdens ram.

De särskilda sakkunniga, som verkställde en överarbetning av sjukvårdskommitténs förslag (Folktandvård, SOU 1937:47, sid. 14), liksom även föredragande departementschefen i proposition till 1938 års riksdag angående folktandvård (nr 127) anslöto sig beträffande de allmänna uppgifterna till den mening, som kommit till uttryck i sjukvårdskommitténs betänkande.

Sjukvårdskommittén uttalade i anförda betänkande (sid. 51) beträffande tandvård för vuxna, att folktandvården visserligen i princip skulle stå öppen för alla medborgare men anförde tillika, att folktandvården »av naturliga skäl i första hand är avsedd att tillgodose de obemedlades och mindre bemedlades behov av tandvård. Vid särskilt stark anslutning av vuxna till folktandvården torde därför åt vederbörande tandläkare, i den mån samtliga sökande icke hinna av honom behandlas och biträde av annan tandläkare icke står till buds, inrymmas möjlighet att vidtaga sådana dispositioner, att nämnda syfte kan i huvudsak fullföljas.» 1937 års sakkunniga (SOU 1937:47, sid. 23) togo avstånd från detta förslag och anförde i sammanhanget: »Sjukvårdskommitténs förslag om differentiering under vissa förhållanden av klientelet efter förmögenhetsvillkor synes de sakkunniga icke innebära någon otvetydig regel i ämnet. Möjligheten till viss godtycklighet från tandläkarens sida synes icke heller kunna uteslutas. Överhuvud taget lär det vara olämpligt att pålägga tandläkaren en dylik, för hans egentliga verksamhet så främmande uppgift.» Departementschefen uttalade i prop. 1938:127: »Vad angår tillgodoseendet av den vuxna befolkningens vårdbehov, synes det mig uppenbart, att företräde för vissa patient-

kategorier icke bör ifrågakomma — jag bortser härvid från att akuta fall givetvis böra ägnas omedelbar tillsyn.» Uttalandet mötte icke någon gensaga från riksdagens sida.

Principiellt skall sålunda folktandvården stå öppen för alla kategorier, både barn och vuxna, både bemedlade och obemedlade. (1946 års folktandvårdssakkunniga, SOU 1948: 53, sid. 53). Dock har såsom en huvuduppgift för folktandvården framstått barntandvårdens tillgodoseende, detta med hänsyn till dess grundläggande betydelse för genomförande av en rationell, allmän tandvård. I konsekvens härmed har distriktstandvården dimensionerats med utgångspunkt från att praktiskt taget samtliga barn i skolåldern och i viss utsträckning barn i förskolåldern skola erhålla fullständig reviderande behandling minst en gång årligen. För denna s. k. organiserade barntandvård har därvid anslagits, ursprungligen  $\frac{10}{10}$ , och enligt gällande bestämmelser minst  $\frac{55}{100}$  av den sammanlagda arbetstiden för tandläkarna inom ett tandvårdsdistrikt. Återstående arbetstid — sålunda något mindre än hälften — förbehålles i princip den vuxna befolkningen i åldern från 16 år. Med hänsyn till att sistnämnda grupp motsvarar omkring tre fjärdedelar av landets invånare, synes uppenbart, att folktandvården aldrig avsetts skola täcka och ej heller kan täcka, allra minst med nuvarande relativt begränsade resurser, hela befolkningens behov av tandvård.

Under folktandvårdens hittillsvarande verksamhet ha röster höjts, bl. a. från tandläkarhåll, för att organisationen skulle begränsa sin verksamhet till att omfatta enbart barn och ungdom samt eventuellt dessutom obemedlade och mindre bemedlade efter behovsprövning.

#### **De sakkunniga**

De sakkunniga finna, att den målsättning, som från början angivits för folktandvården, alltjämt bör gälla.

Detta kan även uttryckas så, att folktandvården på bred front skall arbeta för att en förbättrad tandhälsa uppbygges hos det svenska folket. För att åstadkomma detta står till buds *dels* arbete i förebyggande syfte, innefattande upplysning rörande tandsjukdomarnas profylax samt vidtagande av direkt förebyggande åtgärder, *dels ock* behandling i syfte att avhjälpa de skador som tandsjukdomarna åstadkomma. Det är uppenbart, att med en dylik målsättning verksamheten måste sätta in på ett så tidigt stadium som möjligt, d. v. s. hos förskolebarn och skolbarn. Den viktigaste tandsjukdomen, tandrötan (tandkaries), har nämligen sin största frekvens i barn- och ungdomsåldrarna, och behandlingen bör för att giva gott resultat till rimlig kostnad insättas, innan alltför stora skador åstadkommit.

Emellertid nödvändiggör den bristande tillgången på arbetskraft inom folktandvården tills vidare en koncentration på de mest angelägna arbetsuppgifterna. Ansträngningarna synas därvid i första hand böra inriktas på bevarandet av individens permanenta tänder.

En barntandvård, omfattande åldrarna 6—16 år<sup>1</sup> eller i varje fall 7—16 år, och så dimensionerad, att varje barn kan bli föremål för årligen återkommande tandundersökning jämte, där så erfordras, behandling — förebyggande och kurativ — av de permanenta tänderna ävensom indicerad extraktionsterapi i det temporära bettet måste med hänsyn härtill betraktas som folktandvårdens grundläggande uppgift. Därefter i angelägenhetsgrad bör komma tandvård åt ungdom i åldrarna 17—19 år. I skilda sammang har betonats vikten av att den tandvård, som meddelas i skolåldern, vidmakthålles under ungdomsåren, då tänderna ävenledes äro starkt utsatta för kariesangrepp. Denna ungdomstandvård bedömes av de sakkunniga såsom mer angelägen än den i och för sig betydelsefulla systematiska mjölktdandvården.

I den mån inom ett tandvårdsdistrikt vården av det permanenta bettet i 6—16-årsåldern medhunnits och barntandvårdstid därutöver står till förfogande, böra 3—5-åringarna komma i fråga för organiserad mjölktdandvård. Dessa barns tandvård bör även i 6-årsåldern och därefter omfatta det temporära bettet. I sista hand får komma mjölktdandvård åt de barn, som icke tidigare, d. v. s. före 6-årsåldern erhållit konserverande behandling av mjölkttänderna. Ifråga om dessa barn bör dock vårdens art och omfattning ställas i relation till det aktuella tandtillståndet. Det kan inom folktandvården knappast anses befogat att vid så sen tidpunkt som 6-årsåldern eller därefter insätta en omfattande och därför många gånger tidskrävande konserverande vård på ett starkt förstört mjölktdandbett.

Vid sidan av barntandvården bör liksom hittills folktandvården lämna möjligheten öppen för vuxna personer, som önska anlita densamma, att mot ersättning enligt folktandvårdstaxan erhålla erforderlig tandvård.

Tanken på att inom folktandvården skulle meddelas uteslutande barn-tandvård måste avvisas. Varom icke komme folktandvården i praktiken att fungera huvudsakligen som skoltandvård. En organisation med enbart heltidsanställda skoltandläkare torde dock icke kunna genomföras annat än i ett antal större städer. Inom flertalet tandvårdsdistrikt finge man räkna med en återgång till de former av skoltandvård, som kännetecknade tiden före folktandvårdens införande, d. v. s. tandvården komme att ombesörjas av deltidsengagerade privatpraktiker, antingen i egen praktiklokal eller å skoltandpoliklinik. Det torde knappast vara möjligt att vid det stora behov som föreligger uppbåda tillräckligt antal privatpraktiserande tandläkare, villiga att åtaga sig barntandvård. Vidare skulle det otvivelaktigt möta stora svårigheter att vid en på sådant sätt anordnad verksamhet upprätthålla den kontroll, framförallt beträffande vårdens kvalitet, som icke gärna kan undvaras vid en statsunderstödd tandvård.

Det ter sig sålunda utsiktslöst att kunna bygga upp en organisation, som skulle svara för inemot två millioner barns och ungdomars tandvård, utan

<sup>1</sup> Jfr sid. 95.



att de anställda tandläkarna beredas tillfälle att i viss utsträckning jämsides med den i huvudsak konserverande barn- och ungdomstandvården ägna sig åt den ur odontologisk synpunkt mera omväxlande och för de flesta tandläkare mera intresseväckande vuxentandvården. Denna är som regel jämväl för vederbörande tandläkare i ekonomiskt hänseende mera lönande än annan folktandvård. Även om i viss utsträckning kvalificerade och för enbart barn- och ungdomstandvård intresserade tandläkare även i fortsättningen komma att tillföras organisationen, synes därför även rekryteringssynpunkter starkt tala för ett bibehållande av nuvarande system.

De sakkunniga anse ej heller tillrådligt uppgiva principen, att folktandvården skall vara tillgänglig för alla, vilken princip såsom av det föregående framgår upprätthållits alltsedan organisationens tillkomst. Man bör även i fortsättningen undvika varje slag av behovsprövning, vilken, förutom att den lätt skapar irritation hos klientelet, för sitt genomförande kräver en relativt omfattande administrativ apparat. Anledning saknas till begränsning efter förmögenhetsvillkor, allrahelst som folktandvårdstaxan är avsedd att lämna i huvudsak full täckning av kostnaderna för de vuxnas tandvård. I den mån privatpraktiserande tandläkare finnas att tillgå, torde för övrigt, utan att särskilda åtgärder vidtagas, vad som kunde betecknas som en naturlig selektion komma att äga rum, så att de personer, vilkas ekonomi så tillåter, i större utsträckning hänvända sig till privatpraktiserande tandläkare till förmån för de mindre välsituerade. I sammanhanget bör även framhållas vuxentandvårdens stora betydelse för de delar av vårt land, där möjligheterna att söka privatpraktiserande tandläkare äro alltför begränsade. Folktandvårdspoliklinikerna böra således i den mån förefintliga resurser medgiva vara tillgängliga för alla vårdsökande i den tur de anmäla sig.

### KAPITEL III

## Det framtida behovet av tandläkare inom folktandvården

Av 1946 års folktandvårdssakkunniga verkställdes bl. a. en utredning rörande det framtida behovet av tandläkare inom folktandvården. Det gällde därvid enligt de sakkunnigas mening att i första hand söka fastställa behovet av arbetskraft inom barntandvården. Som grund för beräkningarna låg därför en uppskattning av den sannolika, framtida befolkningsutvecklingen och av deltagarfrekvensen bland olika åldersgrupper av barn samt en på dittills vunnen erfarenhet grundad uppskattning av den genomsnittligt erforderliga behandlingstiden per barn och år, likaledes inom olika åldersgrupper.

Tendenserna inom befolkningsutvecklingen under den period av ca 12 år, som förflutit sedan nämnda sakkunnigas utredning verkställdes, har gjort nya prognoser rörande populationens väntade sammansättning erforderliga. Ytterligare och från tidigare delvis avvikande erfarenhet har vunnits rörande behandlingstider inom folktandvården och deltagarfrekvens inom olika åldersgrupper. Dessa förhållanden synas väl motivera en översyn av de tidigare verkställda beräkningarna.

Enligt 14 § kungörelsen den 22 september 1950 (nr 605) angående statsbidrag till folktandvård bör den organiserade barntandvården omfatta barn från och med det år, då de fylla sex år eller — inom de tandvårdsdistrikt, där så kan ske utan att tandvården för sexåringar och äldre barn ersättes — då de fylla tre år. Enligt 15 § kunna barn lika väl anslutas till folktandvården i och med att de börja i skolans lägsta klass, d. v. s. i allmänhet vid sju års ålder.

Huvuddelen av barntandvården inom folktandvården avser barn i skolåldern, d. v. s. 7—15 år. Endast en relativt liten del anslutes redan vid sex års ålder, och mycket få barn i åldern 3—5 år ha hittills kunnat erhålla organiserad tandvård. Detta hänger till stor del samman med bristen på tandläkare. När tandvården tager sin början vid sex- eller sjuårsåldern och sedan fortsättes upp genom skolåldern, är det huvudsakligen vården av permanenta tänder, som kommer i fråga, jämte sanering av mjölk tandbettet genom tanduttagning. I de fall, då tandvården startar tidigare, kommer däremot även mjölk tandvården med. För att få en översikt över arbetskraftsbehovet inom olika avsnitt av barntandvården synes det lämpligt att här skilja mellan vården av permanenta tänder, såsom den hittills i övervägande an-

talet fall bedrivits, och värden av mjölkttänderna. Man torde sålunda böra beräkna erforderlig arbetskraft för vård av permanenta tänder hos barnen i olika åldrar för sig samt arbetskraftsbehovet för mjölkttandvården för sig.

Såsom nämnts har förskoletandvård hittills endast kunnat ordnas för ett litet antal barn, men där man varit i tillfälle att organisera denna vård, tyder allmänhetens intresse för densamma på att man kommer att få en väsentligt större deltagarfrekvens inom förskoletandvården än man hittills räknat med. Härtill torde framför allt ha bidragit den ökade insikten om tandvårdens betydelse samt de på senare år för stora delar av landsbygdens befolkning förbättrade kommunikationerna. Därest man verkligen har resurser att ordna förskoletandvården, synes det icke obefogat att räkna med en genomsnittlig deltagarfrekvens av ca 70 procent såväl för åldrarna 3—5 år som för 6-årsåldern, möjligen något därunder för 3—5-åringar och något högre för 6-åringarna. 1946 års folktandvårdssakkunniga räknade här med alternativen 50 procent och 60 procent deltagande. I skolåldrarna torde man böra räkna med 100 % deltagande. Även om några procent av barnen i dessa åldersgrupper ej deltaga, därför att de på grund av sjukdom vistas på särskilda vårdanstalter eller av annan anledning, torde dock alla böra medräknas i en översikt av folktandvårdens totala tandläkarbehov. För åldrarna 16—19 år ha 1946 års folktandvårdssakkunniga räknat med en deltagarfrekvens av 40 procent, alternativt 50 procent. Med hänsyn till den pågående utbyggnaden av enhetsskolan och tillkomsten av ett nionde skolår, vilket torde komma att medföra att 16-åringarna deltaga i huvudsak i samma utsträckning som övriga skolbarn, synes det befogat att nu räkna med deltagarfrekvensen 100 procent för 16-åringar och 50 procent i åldersgrupperna 17—19 år.

I fråga om den erforderliga årliga behandlingstiden per barn inom olika åldersgrupper har numera visat sig, att denna genomsnittligt blivit något längre än vad 1946 års folktandvårdssakkunniga räknade med. Nämda sakkunniga angåvo en tid av 1,65 timmar per barn och år såsom ett sannolikt medelvärde för behandlingstiden i skolåldern men använde även alternativet 1,5 timmar per barn och år. För efterskoleåldrarna räknades med samma behandlingstider. Beträffande förskolebarn ansåg man sig böra räkna med 75 procent längre tid än för barn i skolåldern, eller sålunda med 2,6 respektive 2,8 timmar.

1951 års tandläkarkommitté lät utföra vissa undersökningar rörande tidåtgången för skilda slag av tandbehandling, redovisade i kommitténs betänkande »Ökad examination av tandläkare» (SOU 1953: 36). För regelbundna fall i åldrarna 15—19 år angavs här ett medelvärde av 93 minuter per år. Beträffande barn i skolåldern gjordes inga undersökningar, utan kommittén använde sig av de värden, som uppgivits av 1946 års folktandvårdssakkunniga. Kommittén utgick sålunda vid sina beräkningar av tandläkarbehovet från tiderna 1,5 och 1,65 timmar per år för regelbundna

fall i skolåldern, därvid värdet 1,5 betraktades som ett minimum och 1,65 ansågs ligga i överkant.

Till belysning av tidsåtgången per barn och år för meddelande av fullständig tandvård har i nedanstående tabell med ledning av uppgifter i den av medicinalstyrelsen utgivna publikationen »Allmän hälso- och sjukvård» sammanförts vissa siffror angående den organiserade barntandvården inom folktandvården, avseende åren 1953—1957.

Tabell 5

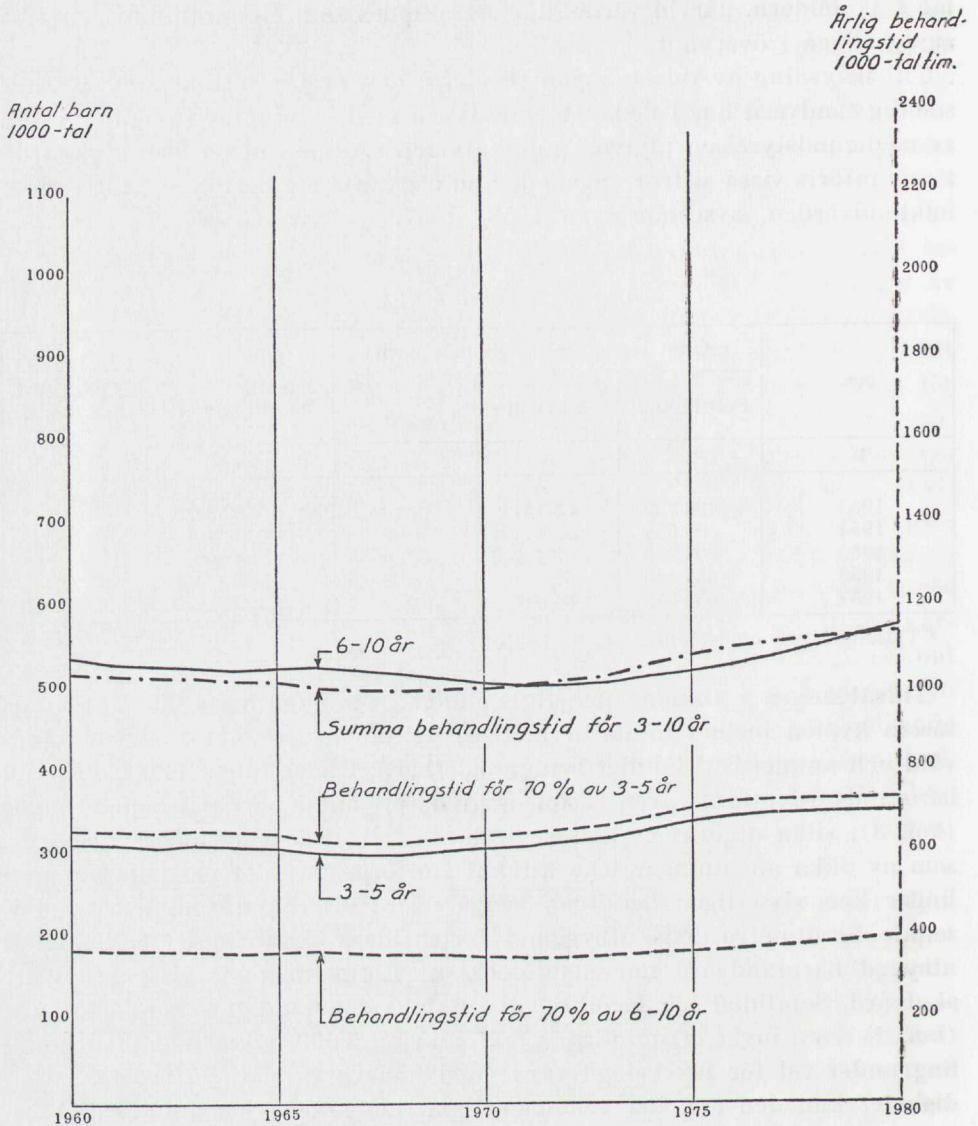
År	Antal vid dtp:r behandlade barn			Arbetst:r av tandl. i org. barntandvård	Tidåtgång i t:r per fullst. beh. barn.
	Fullständigt	Partiellt	D:o i % av samtliga		
1	2	3	4	5	6
1953	436 732	63 151	12,6	953 984	2,18
1954	506 506	59 871	10,6	<sup>1</sup> (1 043 620)	(2,06)
1955	608 920	60 487	9,0	1 296 398	2,13
1956	638 146	69 761	9,8	1 365 364	2,14
1957	658 858	64 346	8,9	1 430 331	2,17

<sup>1</sup> Tidsangivelsen ofullständig.

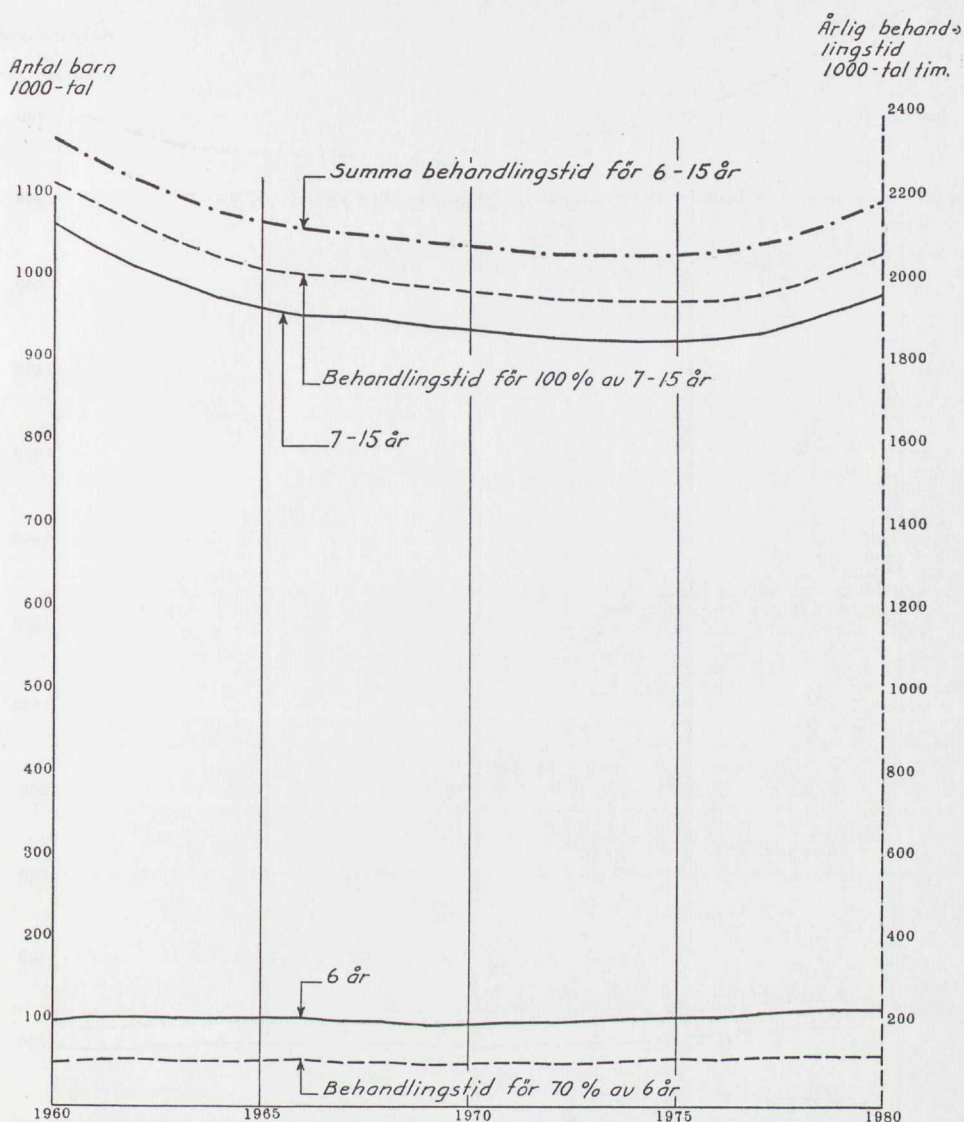
Tidsåtgången i timmar per fullständigt behandlat barn har beräknats såsom kvoten mellan totala antalet arbetstimmar i organiserad barntandvård och antalet fullständigt behandlade barn. Under tiden för organiserad barntandvård utföras även såsom angivits ett antal partiella behandlingar (kol. 3), vilka utgöras av dels s. k. akuta fall, dels påbörjade saneringar, som av olika anledningar icke kunnat slutföras. Antalet partiella behandlingar kan visserligen beräknas nedgå något efterhand som den organiserade barntandvårdens utbyggnad fortskrider. Även vid en fullständigt utbyggd barntandvård har man dock att räkna med ett visst behov av akutvård. Samtidigt bör beaktas, att i antalet fullständigt behandlade barn (kol. 2) även ingår ett mindre antal, omkring 3 500, vilka erhållit behandling under tid för taxebelagd vård. Med hänsyn till här anförda omständigheter kan den angivna genomsnittliga tidåtgången per fullständigt behandlat barn betecknas såsom obetydligt för hög. Någon större nedpressning av den genomsnittliga behandlingstiden torde med nuvarande kariesfrekvens icke kunna påräknas.

Till ytterligare belysning av spørsmålet om tidåtgången vid systematisk behandling må nämnas, att enligt uppgift som erhållits från Stockholms stads folktandvårdsstyrelse man i Stockholm år 1958 räknade med en årlig behandlingstid av 3 timmar för barn i förskoleåldern, 2 timmar för barn i skolåldern och 2,5 timmar för ungdom i åldern 16—19 år.

De sakkunniga ha på grund av föreliggande erfarenheter kommit till den uppfattningen, att man beträffande förskoleåldrarna bör räkna med en

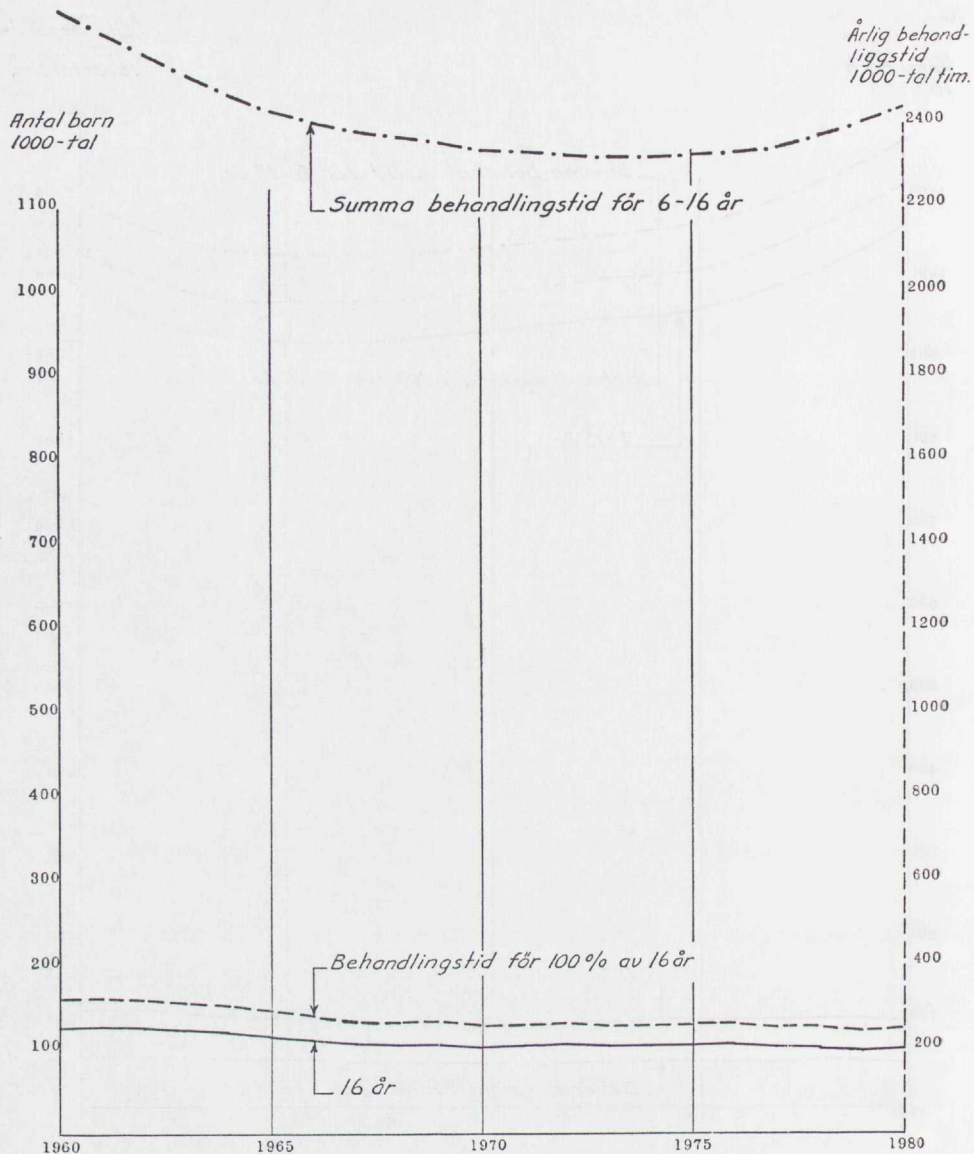


behandlingstid av genomsnittligt tre timmar per barn och år. För de barn som börja tandvården i sexårsåldern, då huvudsakligen vården av de permanenta tänderna samt sanering av mjölk tänderna genom extraktion kommer i fråga, torde behandlingstiden under första året kunna beräknas till 1,5 timmar i genomsnitt. I åldrarna 7—15 år synes för vården av de permanenta tänderna böra räknas med en tid av 2,1 timmar per barn och år i genomsnitt. Skall konserverande vård av mjölk tänder även ske, tillkommer för åldrarna 6—10 år ytterligare tid, vilken beräknas till 1,0 timme per



barn och år samt avseende de barn, vilka under tidigare åldrar erhållit konserverande vård av mjölk-tänderna. För åldrarna 16—19 år synes på grund av hittills vunnen erfarenhet en tid av 2,5 timmar genomsnittligt böra anslås.

Efter framställning från de sakkunniga har inom statistiska centralbyrån utförts beräkningar rörande ålderssammansättningen av befolkningen under 20 år vid slutet av åren 1960—1980. Prognosen beträffande barnantalet under 1970-talet anses dock osäker, då utvecklingen bygger på faktorer, som



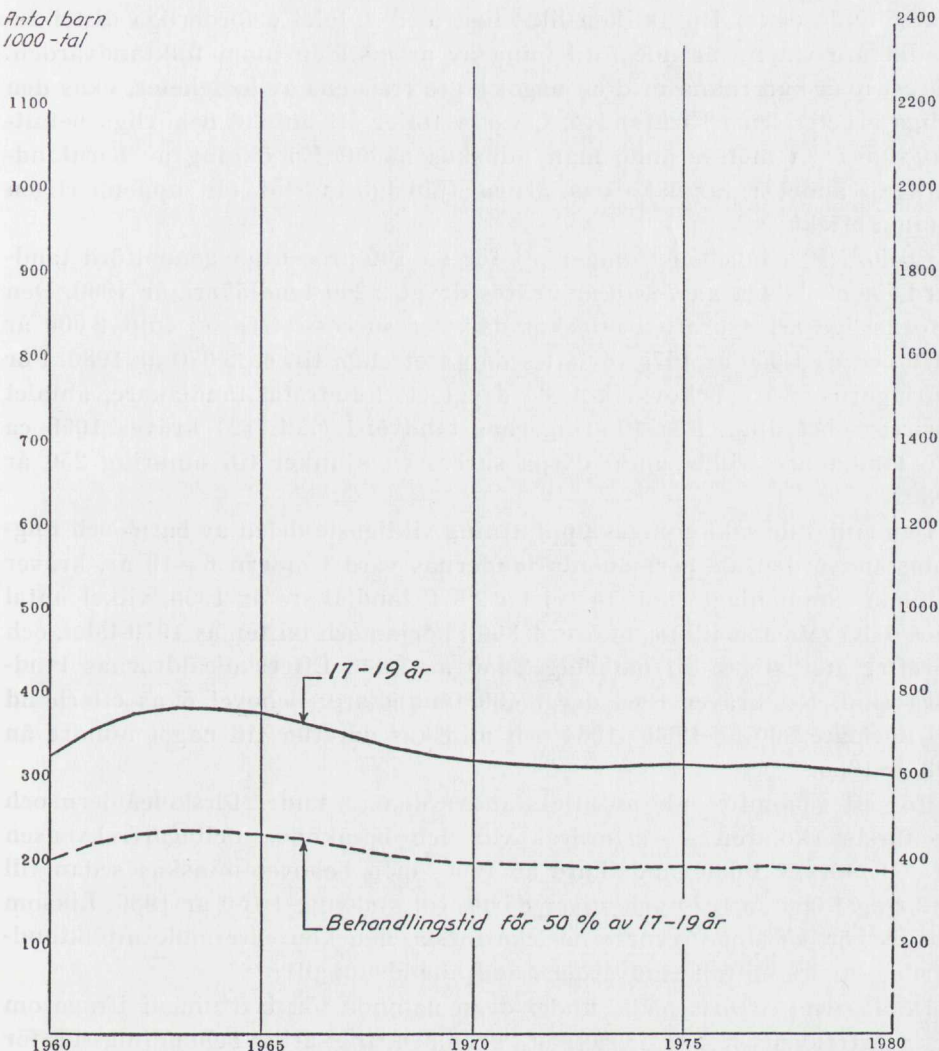
till en del äro okända, varför det blivit nödvändigt att införa vissa antaganden.

På grundval av vad ovan anförts har tab. 6 uppgjorts, i vilken antalet barn och ungdomar i olika åldrar angivits och den beräknade behandlingstiden uttryckt i 1 000-tal timmar, allt för tidsperioden 1960—1980.

Här intagna fyra diagram belysa närmare de numeriska uppgifterna i tab. 6.

Årlig behand-  
lingstid  
1000-tal tim.

Antal barn  
1000-tal



Inom ett tandvårdsdistrikt skall författningsenligt minst 55 procent av arbetstiden ägnas åt den organiserade barntandvården. I själva verket har under senare år ca 60 procent eller något mera ägnats åt denna tandvård. Detta innebär, att av en distriktstandläkares årliga tjänstgöringstid, som teoretiskt skall utgöra ca 1 900 timmar, åt barntandvård skulle ägnas mellan 1 100 och 1 200 timmar årligen. Emellertid går alltid viss arbetstid förlorad genom ledighet för sjukdom eller havandeskap, genom tjänstledighet för militärtjänst, för studieresor och för personliga angelägenheter. I prak-



tiken torde därför distriktstandläkarens årligen fullgjorda arbetstid knappast överstiga eller ens uppgå till 1 800 timmar. I barntandvård fullgöres då ca 1 000 timmar. De siffror, som i tabellen angiva 1000-tal arbetstimmar, äro sålunda också i praktiken liktydiga med antalet erforderliga distriktstandläkare vid nuvarande fördelning av arbetstiden inom folktandvården. Därest man kan räkna med en något lägre frekvens av ledigheter, ökas den årliga arbetstiden i barntandvård, varav följer att antalet behövliga befattningshavare i motsvarande mån minskas något. En ökning av barntandvårdens andel i tandläkarnas årliga tjänstgöringstid får uppenbarligen samma effekt.

Av kol. 10 i tabellen framgår att för en 100-procentigt genomförd tandvård för skolåldrarna 7—15 år kräves drygt 2 200 tandläkare år 1960. Den erforderliga arbetskraften minskas därefter successivt till ej fullt 2 000 år 1970 och ca 1 950 år 1975 för att sedan åter stiga till ca 2 070 år 1980. För 6-åringarnas vård behövs (kol. 8) drygt ett hundratal tandläkare, antalet varierar obetydligt. För 16-åringarnas tandvård (kol. 12) kräves 1960 ca 325 tandläkare, vilket antal därpå successivt sjunker till omkring 250 år 1980.

Den enligt de sakkunnigas uppfattning viktigaste delen av barn- och ungdomstandvården, de permanenta tändernas vård i åldern 6—16 år, kräver sålunda sammanlagt (kol. 14) cirka 2 670 tandläkare år 1960, vilket antal successivt minskas till något över 2 300 i början och mitten av 1970-talet, och därefter åter stiger till omkring 2 450 år 1980. Efterskoleåldrarnas tandvård (kol. 16) kräver 1960 drygt 400 tandläkare; behovet ökas efterhand till närmare 500 år 1963—1964 och minskas därefter till något mindre än 400 år 1980.<sup>1</sup>

För ett genomförande av mjölkstandvården — under förskoleåldern och de första skolåren — erfordras vid den beräknade deltagarfrekvensen (kol. 6) drygt 1 000 tandläkare år 1960, men behovet minskas sedan till omkring 1 000 år 1970 och stiger därpå till omkring 1 150 år 1980. Liksom hittills bör, så länge resurserna icke förslå, den konserverande mjölkstandvården utgöra en folktandvårdens andrahandsuppgift.

De angivna siffrorna gälla under ovan nämnda förutsättningar ifråga om deltagarfrekvensen och beräkning, genomsnittlig årlig behandlingstid för patienter i olika åldrar. Skulle deltagarfrekvensen bli mindre än här beräknats eller — för vissa åldrar — eventuellt bli högre, ändras den erforderliga arbetstiden och därmed antalet tandläkare i motsvarande mån. Om främdeles den genomsnittliga, årliga behandlingstiden genom profylaktiska åtgärder eller på annat sätt skulle nedgå, minskas uppenbarligen tandläkarbehovet i motsvarande utsträckning.

Om man särskilt räknar med en del av de deltagarfrekvenser som 1946

<sup>1</sup> Det förutsattes här att en organiserad ungdomstandvård icke skulle begränsa den övriga vuxna befolkningens möjligheter att erhålla folktandvård.

Tabell 6

Antal barn och ungdomar i 1000-tal; erforderlig behandlingstid i 1000-tal timmar

År	Antal 3—5 år	70 % av 3—5 år å 3 tim.	Antal 6—10 år	70 % av 6—10 år å 1 tim.	Summa tid för mjölk- tandvård	Antal 6 år	70 % av 6 år å 1,5 tim.	Antal 7—15 år	100 % av 7—15 år å 2,1 tim.	Antal 16 år	100 % av 16 år å 2,5 tim.	S:ma tid för tandv. av perm. tdr, 6—15 år	S:ma tid för tandv. av perm. tdr, 6—16 år	Antal 17—19 år	50 % av 17—19 år å 2,5 tim.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1960	317,7	667,2	541,7	379,2	1 046,4	103,8	109,0	1 066,2	2 239,0	129,7	324,3	2 348,0	2 672,3	332,4	415,5
1961	317,1	665,9	534,8	374,4	1 040,3	106,1	111,4	1 040,2	2 184,4	130,1	325,3	2 295,8	2 621,1	364,6	455,8
1962	316,3	664,2	533,5	373,5	1 037,7	106,6	111,9	1 017,1	2 135,9	129,7	324,3	2 247,8	2 572,1	383,1	478,9
1963	317,4	666,5	530,7	371,5	1 038,0	105,3	110,6	998,0	2 095,8	126,1	315,3	2 206,4	2 521,7	390,8	488,5
1964	314,3	660,0	527,7	369,4	1 029,4	105,5	110,8	979,5	2 057,0	124,0	310,0	2 167,8	2 477,8	387,2	484,0
1965	311,4	653,9	529,9	370,9	1 024,9	105,9	111,2	966,6	2 029,9	118,9	297,3	2 141,1	2 438,4	381,1	476,4
1966	304,0	638,4	530,2	371,1	1 009,5	106,4	111,7	959,5	2 015,0	113,3	283,3	2 126,7	2 410,0	370,4	463,0
1967	302,5	635,3	525,7	368,0	1 003,2	102,2	107,3	958,0	2 011,8	108,3	270,8	2 119,1	2 389,9	357,6	447,0
1968	302,2	634,6	523,7	366,6	1 001,2	103,2	108,4	952,0	1 999,2	108,6	271,5	2 107,6	2 379,1	342,0	427,5
1969	306,2	643,0	516,9	361,8	1 004,9	98,8	103,7	946,7	1 988,1	108,6	271,5	2 091,8	2 363,3	331,7	414,6
1970	310,0	651,0	511,9	358,3	1 009,3	100,8	105,8	942,0	1 978,2	104,2	260,5	2 084,0	2 344,5	327,0	408,8
1971	313,5	658,4	508,4	355,9	1 014,2	102,9	108,0	936,6	1 966,9	106,5	266,3	2 074,9	2 341,2	322,9	403,6
1972	318,7	669,3	508,9	356,2	1 025,5	102,8	107,9	932,8	1 958,9	107,0	267,5	2 066,8	2 334,3	320,8	401,0
1973	323,2	678,7	510,3	357,2	1 035,9	104,6	109,8	930,2	1 953,4	105,7	264,3	2 063,2	2 327,5	319,1	398,9
1974	332,6	698,5	518,0	362,6	1 061,1	106,4	111,7	929,5	1 952,0	105,9	264,8	2 063,7	2 328,5	320,6	400,8
1975	341,5	717,2	525,0	367,5	1 084,7	107,9	113,3	929,8	1 952,6	106,3	265,8	2 085,9	2 331,7	320,0	400,0
1976	349,5	734,0	531,5	372,1	1 106,0	109,2	114,7	931,6	1 956,4	106,8	267,0	2 071,1	2 338,1	319,3	399,1
1977	351,0	737,1	544,5	381,2	1 118,3	115,9	121,7	938,4	1 970,6	102,5	256,3	2 092,3	2 348,6	320,4	400,5
1978	352,0	739,2	556,5	389,6	1 128,8	116,7	122,5	951,1	1 997,3	103,5	258,8	2 119,8	2 378,6	317,1	396,4
1979	352,5	740,2	568,3	397,8	1 138,1	117,2	123,1	969,9	2 036,8	99,2	248,0	2 159,9	2 407,9	314,2	392,8
1980	352,9	741,1	577,0	403,9	1 145,0	117,5	123,4	985,3	2 069,1	101,2	253,0	2 192,5	2 445,5	306,6	383,3

års folktandvårdssakkunniga hållit för troliga, kan följande angivas. En deltagarfrekvens om 50 % inom åldrarna 3—6 år skulle minska behovet av tandläkare för mjölkstandvården till mellan 715 och 820. Deltagarfrekvensen 50 % i 6-årsåldern och i 16-årsåldern skulle minska behovet av tandläkare för de permanenta tändernas vård i skolåldrarna (6—16 år) med 155—200 tandläkare. Personalbehovet för denna del av tandvården skulle sålunda 1960 uppgå till ca 2 480 för att i början och mitten av 1970-talet utgöra ej fullt 2 200 samt omkring 1980 ej fullt 2 300.

Räknar man med 40 % deltagande i åldrarna 17—19 år minskas tandläkarbehovet för denna kategori till ca 330 år 1960 för att sedan stiga till ej fullt 400 år 1963—1964 och därefter åter nedgå till ca 320.

Det bör framhållas, att nu verkställda beräkningar avser allenast tandläkarbehovet för den egentliga distriktstandvården. Härutöver erfordras för lasarettstandvården och tandregleringsvården uppskattningsvis inemot 300 tandläkare.

Den av de sakkunniga nu framlagda utredningen visar sålunda ett mycket betydande behov av tandläkare. Det är knappast troligt att detta behov kan tillgodoses inom rimlig tid, även med den ökade examination av tandläkare, som tillkomsten av en fjärde tandläkarhögskola kan väntas medföra. De sakkunniga vilja understryka angelägenheten av att denna högskola — om vars inrättande statsmakternas principbeslut föreligger — snarast kommer till stånd.

Såsom de sakkunniga i det följande närmare utveckla, ligger vidare den slutsatsen nära tillhands, att verksamma kariesförebyggande åtgärder äro ofrånkomliga, om tandvårdsfrågan i vårt land skall kunna lösas till rimliga kostnader och inom överskådlig tid.

## KAPITEL IV

### Förebyggande tandvård

Tandsjukdomarnas stora spridning hos vårt folk är ett känt faktum. Detta gäller icke blott tandrötan (karies) utan även de skilda formerna av sjukdomar i tänderna omgivande vävnader (parodontopatier). Enligt samstämmiga vittnesbörd från odontologiska undervisnings- och forskningsinstitutioner, från folktandvårdsorganisationen och från privatpraktiserande tandläkare synes tandsjukdomarnas frekvens — i vart fall såvitt angår tandkaries — icke vara i sjunkande. Snarare har man kunnat registrera en ökning av kariesfrekvensen i skolåldrarna.

Antalet inom folktandvården medhunna systematiskt behandlade barn per år och tandläkare visar en fortgående minskning. Varje barn kräver sålunda allt längre behandlingstid. Även om detta till en del kan förklaras av en alltmera förfinad behandlingsteknik, torde en viktig anledning vara att söka i en ökad kariesfrekvens.

Såsom framgår av kol. 6, 14 och 16 i tab. 6 skulle för att inom folktandvårdens ram tillgodose barn- och ungdomstandvården i en omfattning, som enligt tabellen antagits motsvara kommande anspråk på sådan vård, årligen krävas omkring 3,5 à 4 milj. arbetstimmar av tandläkare. I betraktande av att under år 1958 totala antalet arbetstimmar inom distriktstandvården utgjorde omkring 2,4 milj. — varav i organiserad barntandvård omkring 1,5 milj. timmar — torde, såvitt nu kan bedömas, en emot det sålunda beräknade behovet svarande ökning av antalet tandläkare inom folktandvården icke vara möjlig inom rimlig tid. Om kariesfrekvensen icke kan nedbringas ställes man inför en nära nog olöslig uppgift. I det långa loppet måste därför mera arbete nedläggas på att söka förebygga uppkomsten av tandröta. Det räcker icke med att söka avhjälpa sjukdomens skadeverkningar, utan man måste angripa dess grund. Den konserverande tandbehandlingen ger visserligen påtagliga arbetsresultat, men den botar icke tandrötan som sjukdom. Ökad vikt måste läggas vid den profylaktiska verksamheten. En alltmera intensifierad forsknings-, upplysnings- och propagandaverksamhet måste bedrivas, som kommer att kräva betydligt större insatser av arbete och kapital än som hittills kunnat åstadkommas. För att giva bestående resultat måste verksamheten bedrivas under en lång följd av år. Vid sidan av upplysningsverksamhet, som främst bör taga sikte på kostvanor och munhygien, är det angeläget att — i den mån som resultat av fortskri-

dande odontologisk forskning nya profylaktiska behandlingsmetoder framkomma — sådana metoder komma till användning inom folktandvården.

Under de senaste decennierna har den vetenskapliga forskningen på tand-sjukdomarnas område fördjupats och värdefulla resultat ha nåtts. Tand-rötans orsakskomplex är mycket omfattande och berör skilda områden av modern forskning. Av betydelse är bland annat följande detaljer: *Saliven*, dess egenskaper och fysiologiska reaktioner, *bakteriefloran* i munhålan och särskilt inom de beläggningar på tandytorna, under vilka karies bildas, vidare *vävnadernas* motståndskraft mot upplösning. Viktigast är dock *kostproblemet*, som bestämmer såväl tandens uppbyggnad som munbakteriernas livsbetingelser och möjligheter till skadlig påverkan av tänderna. Djurexperiment och undersökningar på mänskligt material ha kunnat påvisa, att tandrötan i olika avseenden bestämmas av kostvanor och miljöförhållanden. För närvarande har frågan om *fluortillförseln*s inverkan på individens, gruppens och landets kariesfrekvens stor aktualitet.

Sedan länge har sockers och andra kolhydraters roll i samband med uppkomsten av tandkaries framhållits inom forskningen och även erfarenhetsmässigt påtalats. I olika kulturländer har sockerförbrukningen, särskilt i form av sötsaksförtäring hos barn, bekämpats, framför allt av tandläkare, läkare och lärare, som erfarenhetsmässigt vunnit övertygelse om vådorna av en ohämmad konsumtion.

Av hänsyn till risken för obefogade ingrepp i individuella konsumtionsvanor och till de ekonomiska och andra intressen, som äro förknippade med tillverkning av och handel med konfektyr- och konditorivaror etc., ansågs statliga åtgärder mot den höga socker- och sötsaksförtäringen inom riket i syfte att bekämpa kariessjukdomens härjningar icke kunna vidtagas utan stöd av bevisföring från någon genom vetenskapliga försök belagd större svensk studie inom området. Av bland annat denna anledning utfördes under åren 1947—1951 å en av medicinalstyrelsen anordnad odontologisk försöksstation vid Vipeholms sjukhus i Lund omfattande undersökningar angående sambandet mellan tandkaries och kolhydrater.

I en sammanfattande tryckt redogörelse över Vipeholmsundersökningarna (Tandkaries och Kolhydrater, Lund 1953) angavs resultatet av studierna över sockrets samband med karies sammanfattningsvis i fem punkter:

1. En tillförsel av socker kan medföra en ökning av kariesaktiviteten.
2. Risken för en sådan ökning är stor, om socker tillföres i en form, som har stark benägenhet att kvarhållas i munnen.
3. Risken för en ökning är störst, om socker tillföres mellan måltiderna i en sådan beredning, att sockrets tendens att kvarhållas på tandytan är hög med en tidvis mycket hög sockerkoncentration på denna.
4. Ökningen av kariesaktiviteten är mycket olika hos olika individer.
5. Om en aktivitetsstegring uppkommit genom inverkan av en sockerhaltig födoämnesberedning, given på ett kariesdisponerande sätt, försvinner denna ökning, om beredningen ej längre förtäres.

I underdånig skrivelse den 27 maj 1953 anförde medicinalstyrelsen, att de uppnådda undersökningsresultaten föranledde styrelsen att vidtaga bestämda upplysnings- och propagandaåtgärder, ägnade att förebygga av olämplig sockerförtäring betingade kariösa tandskador. Därjämte rekommenderade styrelsen vissa ingripanden av administrativ eller lagstiftande natur till förebyggande av tandröta. Sålunda föreslogs bland annat att hänvändelser måtte göras dels till de industrier, som framställde sockerhaltiga produkter, vilka kunde medföra risk för karies, att frivilligt vidtaga sådan omläggning av produktionen, att konsumtionen av deras produkter medförde minsta möjliga risker — därvid styrelsen särskilt åsyftade en begränsning av tillverkningen utav kola, karameller, sockerhaltiga tabletter m. m. — dels ock till bageriidkarnas branschorganisationer att i större omfattning än hittills framställa sockerfria eller sockerfattiga brödtyper. Styrelsen ifrågasatte vidare kariesförebyggande åtgärder i följande hänseenden.

1. Nedbringande av landets i jämförelse med andra nationer höga totalkonsumtion av socker (1951 omkr. 45 kg/inv., 1958 44,3 kg/inv.) genom generell beskattning.
2. Utredning om särskild beskattning av vissa sötsakstyper och konditorivaror i syfte att nedbringa konsumtionen av de mest riskabla produkterna, exempelvis kola, karameller, söta kakor och bakverk.
3. Utredning om lämpliga åtgärder mot försäljning av sötsaker inom skolas område eller i dess närhet så ock vid barnföreställningar på biografier etc.

Kungl. Maj:t anförde härefter i skrivelse den 5 november 1954 bl. a. följande:

»Kungl. Maj:t — som finner de genom den odontologiska försöksverksamheten vid Vipeholms sjukhus framkomna resultaten rörande sötsaksförtäring och tandröta påkalla effektiva åtgärder i kariesförebyggande syfte, i första hand genom upplysnings- och propagandaverksamhet — uppdrager åt medicinalstyrelsen att inom ramen för styrelsens instruktionsenliga befogenheter bedriva den upplysnings- och propagandaverksamhet samt vidtaga de åtgärder i övrigt, som styrelsen prövar lämpliga till förebyggande av tandrötans skadeverkningar. Härvid bör i erforderlig omfattning samråd ske med skolöverstyrelsen, statens institut för folkhälsan, folktandvårdens huvudmän samt de läkar- och tandläkarorganisationer och övriga organisationer, vilkas medverkan befinnes önskvärd. Det ankommer på medicinalstyrelsen att, i den mån härför tillgängliga anslag icke förslår, hos Kungl. Maj:t göra framställning om anvisande av medel för ändamålet. Vad i övrigt i ärendet förekommit föranleder icke någon Kungl. Maj:ts åtgärd...»

I anslagsäskanden för budgetåret 1956/57 återkom medicinalstyrelsen till den kariesprofylaktiska upplysnings- och propagandaverksamheten. Styrelsen framhöll, att en god tandhälsa hos svenska folket förutsatte en förändrad inställning till konsumtionen av sötsaker samt en ökad insikt om den personliga munhygienens vikt, vilka båda faktorer enligt styrelsens mening vore av stor betydelse för tändernas tillstånd. Mot bakgrunden av denna uppfattning önskade medicinalstyrelsen genom väl utformad samt systematiskt och intensivt bedriven upplysningsverksamhet, riktad direkt till

den stora allmänheten och i första hand ungdomen, sprida kunskap om tandsjukdomarnas uppkomst, skadeverkningar samt förebyggande och samtidigt väcka ansvarskänsla hos den enskilde för tändernas bevarande.

I statsverkspropositionen till 1956 års riksdag (XI sid. 339) förklarade sig föredragande departementschefen

»för egen del beredd medverka till att åtgärder nu vidtages för att igångsätta en samlad upplysnings- och propagandakampanj med syfte att minska tandrötans härjningar. För att erhålla bästa möjliga slagkraft bör kampanjen bedrivas i intim samverkan mellan berörda statliga och kommunala organ och i nära samarbete med intresserade enskilda organisationer och sammanslutningar. Den centrala planläggningen av aktionen synes mig böra ankomma på medicinalstyrelsen. De av medicinalstyrelsen föreslagna riksomfattande propagandaåtgärderna bör, såsom styrelsen också förutsett, kombineras med lokala aktioner i landstingens regi. För att i största möjliga utsträckning stimulera de lokala huvudmännen att engagera sig häri föreslår jag att staten påtager sig kostnaderna för sådan upplysningsverksamhet, som planeras för landet i dess helhet. Jag anser mig vid bifall till detta förslag ha anledning räkna med att landstingen skall aktivt medverka i det lokala propagandarbetet genom egna initiativ samt ekonomiskt bidra för dessas förverkligande.»

Statsutskottet (utl. nr 11 under p. 118) uttalade, att tillräckligt säker grund funnes för att upplysning och propaganda, som syftade till kariesförebyggande åtgärder, borde bedrivas med bidrag av statsmedel och framhöll därjämte att fortsatt kariesforskning vore behövlig.

Riksdagen (skr. nr 11) biföll Kungl. Maj:ts förslag och beviljade ett anslag om 55 000 kronor. För fullföljande av propagandaverksamheten, som skulle taga sin början under hösten 1957, beviljade sedemera 1957 års riksdag ytterligare 95 000 kronor. Härefter har genom beslut vid 1958 och 1959 års riksdagar ställts till medicinalstyrelsens förfogande ytterligare 30 000 + 30 000 kronor.

För upplysnings- och propagandaverksamhetens genomförande har medicinalstyrelsen låtit framställa bl. a. ett antal affischer, en folder, filmband samt en handbok för upplysningsverksamheten. Pressen har tillställts informationsmaterial och även radio och television ha engagerats. Under hösten 1959 har en kortare propagandafilm kunnat distribueras. I viss omfattning har propagandamaterial tillhandahållits av Tandvärnet, riksföreningen för tandsjukdomarnas bekämpande. Verksamheten bedrivs i samverkan med bl. a. huvudmännen för folktandvården samt läkar- och tandläkarorganisationer. I de särskilda huvudmannaområdena är ledningen i regel anförtrodd en delegation, däri vanligen ingår tandvårdsinspektören, förste provinsialläkaren och någon huvudmannarepresentant. Detta organ har att draga upp riktlinjerna för verksamheten i stort, stimulera till åtgärder och sammanhålla verksamheten organisatoriskt och administrativt. Å de särskilda orterna bedrivs arbetet efter skiftande linjer. I en del fall har bildats en aktionskommitté, vari ingår läkar- och tandläkarrepresentanter samt intresserade medborgare. På vissa håll har den lokala led-

ningen anförtrotts någon redan förefintlig ideell organisation, och ibland organiseras propagandan genom de s. k. tandvårdsnämnder, som — närmast för att underlätta kontakten mellan tandvårdspoliklinikerna och deras klientel — redan tidigare inrättats inom vissa distrikt.

#### De sakkunniga

Sedan statsmakterna klart deklarerat sin positiva inställning till en kariesprofylaktisk verksamhet efter de riktlinjer, som uppdragits i samverkan mellan odontologisk och medicinsk sakkunskap, synes tiden nu vara mogen att giva denna verksamhet en mera permanent utformning. Den kampanj, som pågått sedan hösten 1957, kan väntas lämna värdefulla anvisningar för verksamhetens bedrivande på längre sikt. Såsom medicinalstyrelsen i olika sammanhang framhållit är det icke tillfyllest med isolerade propagandastötar. Kariesprofylaktisk upplysning måste regelmässigt ingå som ett led i folktandvårdens verksamhet, då och då underblåst genom mera intensifierade kampanjer, anordnade exempelvis i form av »tandvårdsdagar» med föredragsserier, utställningar eller dylikt. Det synes uppenbart att, även om huvudmännen i stor utsträckning bära kostnaderna för den lokala verksamheten, det statsanslag, som de senaste åren ställts till medicinalstyrelsens förfogande för den centrala ledningen samt anskaffande och distribution av propagandamaterial, är helt otillräckligt. Med hänsyn till väntade resultat av kariesprofylaktisk verksamhet i form av sänkt kariesfrekvens och därav följande minskade tandvårdskostnader framför allt för barntandvården, ligger det i statens intresse att effektivt stödja verksamheten. De sakkunniga förorda därför att till kariesprofylaktisk verksamhet tills vidare anslås åtminstone 300 000 kronor per budgetår. För att stimulera huvudmännen till ökade insatser på förevarande område föreslås, att viss del ställes till medicinalstyrelsens förfogande att efter ansökan fördelas bland huvudmännen såsom bidrag till täckande av kostnaden för lokala propagandakampanjer m. m. En annan del bör anslås till målforskning beträffande förebyggande åtgärder och återstoden disponeras av styrelsen för kariesprofylaktisk verksamhet med riksomfattande syftning.

Möjligheten att genom profylaktisk verksamhet sänka kariesfrekvensen torde vara gynnsammast beträffande barn- och ungdomsklientelet. Av lätt insedda skäl måste emellertid upplysnings- och propagandaverksamheten omspänna alla åldrar. De barn, som deltaga i skoltandvård, skola givetvis där erhålla upplysning om vad som är av vikt med hänsyn till deras tandhälsa, men det är av väl så stor betydelse, att man når även föräldrarna. Barnen sakna i stor utsträckning förmåga att förstå värdet av råd rörande exempelvis tandhygien, sötsakskonsumtion och övriga kostvanor. De ha som regel ej heller några större möjligheter att påverka kostvanorna i hemmet.

Profylaxen bör sättas in redan under havandeskapstiden. Blivande mödrar



skola å mödra- och barnavårdscentralerna kunna erhålla anvisningar med sikte på en gynnsam utveckling av fostrets tandanlag. Efter nedkomsten och — vid en helt utbyggd mödra- och barnavård — intill dess barnet uppnått sexårsåldern kunna barnens tänder ägnas fortlöpande uppmärksamhet, avseende exempelvis tändernas frambrytning, eventuella tandställningsfel och kariesbenägenhet. Sakkunniga råd kunna många gånger göra särskild behandling överflödig, och, där behandling erfordras, kan sådan sättas in på ett tidigt stadium och därigenom bliva såväl tekniskt enklare som mindre tids- och kostnadskrävande än om behandlingen uppskjutes, kanske tills barnet kommit i skolåldern. Det är även omvittnat att mödrar mera lojalt följa anvisningar rörande tandhygien och kosthåll, så länge barnen äro i späda ålder, än om råden lämnas, sedan barnet nått skolåldern, då sådana råd lätt betraktas som en ovidkommande inblandning. De sakkunniga vilja även framhålla värdet av en upplysningsverksamhet av den typ, som för närvarande bedrives å mödra- och barnavårdscentraler genom utdelande av broschyrer innehållande kostråd för blivande mödrar, för spädbarn och för småbarn. En odontologisk verksamhet av föreslagen art och omfattning förutsätter givetvis aktiv medverkan av tandläkare. De sakkunniga förorda därför att — såsom redan i viss utsträckning praktiseras — någon distriktstandläkare regelbundet tjänstgör en eller annan timme varje månad å vederbörande mödra- och barnavårdscentral.

Med de förskolebarn, vilka icke nås över mödra- och barnavårdscentral, kan i viss utsträckning erhållas kontakt via daghem och förskolor. Vårdarinnor och lärare böra under den dagliga samvaron med barnen på lämpligt sätt propagera för tandvård och munhygien etc. Dessa synpunkter kunna även beaktas vid valet av arbetsuppgifter för barnen (t. ex. grupparbeten med tandvårdsmotiv). Vid eventuella sammankomster med barnens föräldrar bör även kunna givas utrymme för tandvårdspropaganda.

Någon tvekan torde icke råda därom att skolan har de största förutsättningarna att bibringa det uppväxande släktet insikter på förevarande område. Målet bör vara att varje barn inom den svenska skolan skall bibringas elementära kunskaper i vad som kunde benämnas tandhälsovård, innefattande kännedom om tändernas byggnad och funktion, de vanligaste tandsjukdomarna, munhygien och sunda kostvanor. Åtminstone under de första skolåren är läraren eller lärarinnan barnets största eller kanske enda auktoritet; undervisningens uppläggning och utformning är sålunda av den största betydelse.

I undervisningsplanen för rikets folkskolor ingår för de tre lägsta klasserna i ämnet hembygdkunskap med arbetsövningar »enklare hälsoregler», avseende bl. a. »förebyggande tandvård» (första klassen) och »för tänderna nyttig och skadlig föda, missbruk av sötsaker» (andra klassen). I folkskolans övriga klasser och inom högre skolformer bör undervisningen i tandhälsovård lämpligen hänföras till ämnena naturkunskap, respektive biologi och hälsolära.

Det utrymme som för närvarande ägnas tandhälsovården på skolschemat är enligt de sakkunnigas mening alltför knappt. Visserligen är det kunskapsmått som på hithörande område behöver bibringas eleverna icke särskilt omfattande. Men det är av största vikt, att kunskaperna vidmakthållas, varför åtminstone under de första sex skolåren en eller flera lektioner varje termin bör ägnas åt tandhälsovård och hithörande frågor. För folkskolans högstadium och övriga högre skolformer bör undervisningen kunna kompletteras med föredrag av tandläkare eller annan lämplig person. Inom skolradion bör beredas vidgat utrymme för lektioner i tandhälsovård. Den tid torde väl ej heller vara alltför avlägsen då television kan utnyttjas i skolundervisningens tjänst. Tandhälsovården har då sin givna plats i sådana sändningar.

De sakkunniga ha kommit till den uppfattningen, att såväl själva undervisningen som de läroböcker och övrig undervisningsmateriel som begagnas i skolorna knappast fylla de krav som ur odontologisk synpunkt böra uppställas. De sakkunniga förorda därför att åt skolöverstyrelsen uppdrages att i kursplaner och metodiska anvisningar etc. efter samråd med odontologisk expertis närmare ange undervisningens omfattning och målsättning för de olika klasserna. Skolöverstyrelsen torde även böra ägna uppmärksamhet åt att i de läroböcker, som komma till användning, erforderligt utrymme ägnas åt hithörande spörsmål. Annan undervisningsmateriel i form av tand- och käkmodeller samt planscher etc. bör fortlöpande moderniseras och vederbörande lärare var i sin skola söka intressera de lokala skolmyndigheterna för att anskaffa lämpligt åskådningsmaterial inom tandhälsovårdens område.

Undervisning i tandhälsovård bör, där så icke redan sker, meddelas vid varje skola eller annan institution för utbildning av skolköks- och lanthus-hållslärarynnor, köksföreståndarynnor, sjuksköterskor och övrig hälsovårdspersonal m. fl. Läroböcker i fysiologi, hygien, näringslära och kokkonst böra innehålla tillräckligt omfattande, vetenskapligt korrekta och för profylaktiken värdefulla avsnitt om tänderna och munhålan, om karies och paradentala sjukdomar samt om profylaxen mot dessa genom diet och hygien. Självfallet bör beträffande lärarutbildningen vid universitet, högskolor och framför allt seminarier beaktas, att den blivande läraren blir i stånd att på ett tillfredsställande sätt ombesörja den undervisning i tandhälsovård, som ovan föreslagits. För personer, som tillhöra ovan exemplifierade kategorier och redan äro yrkesverksamma, böra vid behov anordnas kompletteringskurser eller utgivas kortfattade handledningar.

De sakkunniga vilja slutligen understryka angelägenheten av att frågan om en grundlig utbildning i profylaktisk odontologi såväl beträffande tandläkare som övrig medicinalpersonal blir föremål för ständigt beaktande vid den högre undervisningen. Vid läkarutbildningen torde den kurs i odontologi, som är ansluten till kirurgiutbildningen, med stor fördel kunna kompletteras med en kort kurs rörande tand- och bettutveckling, barntandvård

och profylax, ansluten till pediatrikutbildningen. Pediatriken är nämligen den medicinska disciplin, med vilken de ifrågavarande odontologiska områdena närmast höra samman, och barnläkarna ha visat ett stort och aktivt intresse för den tidiga och förebyggande tandvården.

När det gäller att påverka den mogna ungdomens och den vuxna befolkningens inställning till tandhygieniska frågor, bör i första hand olika ideella organisationer stimuleras till aktiv medverkan. De sakkunniga vilja i detta sammanhang erinra om den verksamhet, som bedrivs av föreningen Tandvårnet. Värdefulla insatser kunna på förevarande område vidare göras av folkbildningsorganisationer, nykterhetsrörelsen, ungdomsföreningar, kvinnogillan, rödakorskretsar, husmodersföreningar, föräldraföreningar och andra.

Radio och television äro av stor betydelse inom upplysningsverksamheten, icke blott, såsom i det föregående berörts, i samband med skolundervisningen utan även under ordinarie sändningar. Det synes tveksamt, huruvida den kommersiella filmen i någon större utsträckning kan engageras för upplysnings- och propagandaverksamhet; korta, slagkraftiga reklamfilmer med tandhälsomotiv böra dock prövas. Av värde vore särskilt om man på denna väg kunde nå den ungdomliga publiken vid biografernas söndagsmatinéer.

Beträffande de i medicinalstyrelsens förut återgivna underdåniga skrivelse den 27 maj 1953 föreslagna kariesförebyggande åtgärderna vilja de sakkunniga särskilt understryka vikten av att försäljning av sötsaker och dylikt inom eller i omedelbar närhet av skolor i görligaste mån undvikas. Visserligen läres möjligheter saknas att begränsa den egentliga butikshandeln, men däremot bör vid beviljande av tillstånd till kiosk- och kringföringshandel ifrågavarande synpunkter kunna beaktas av vederbörande myndigheter.

Sunda kostvanor och rationell munhygien ha otvivelaktigt en avsevärt karieshämmande effekt. Vid sidan härav bör emellertid framhållas betydelsen av andra profylaktiska åtgärder. I det föregående har berörts fluortillförselns inverkan på kariesfrekvensen. Forskningen har visat, att på orter med naturligt fluorhaltigt vatten kariesfrekvensen hos barn och ungdomar är lägre än hos jämförbar population i trakter med fluorfattigt vatten. Den odontologiska forskningen förklarar denna fluorverkan såsom en sänkning av den oorganiska tandsubstansens löslighet genom upptagande av fluor. Upptagande av fluor kan äga rum dels under tändernas mineraliseringsperiod, dels under tiden mellan mineraliseringen och tändernas genombrott, dels slutligen efter genombrottet. Resultaten av de amerikanska vattenfluorideringsförsök, som pågått under omkring 15 år, ha klart visat att fluorupptagandet före tandens genombrott — d. v. s. efter resorption i digestionskanalen och transport av fluoren med blod och vävnadsvätska till emaljorganet och senare till den färdigbildade emaljen på den ännu icke genombrutna tanden — är av väsentlig betydelse för tandens resistens mot karies-

angrepp. Lika entydigt har emellertid visats, att fluor även efter tandens genombrott och i all synnerhet den närmaste tiden efter genombrottet kan upptagas utifrån av emaljytan. På detta förhållande grundas den lokala fluorapplikationen, och vissa undersökningsdata tyda på att fluortillförseln med vatten och födoämnen även verkar enligt denna lokala mekanism. Det är emellertid också klarlagt att denna lokala fluorverkan endast har en svagare och i tiden ganska begränsad kariesskyddande effekt.

Försök med artificiell fluoridering av vattenledningsvatten ha i stor skala företagits i USA och Kanada samt även i Sverige (Norrköping). Genom tillsatts av 1 mg fluor per liter vatten har erhållits samma kariesreducerande effekt som genom naturligt förekommande fluor. I likhet med den naturliga fluorförekomsten orsakar den artificiella fluorideringen i vissa fall även lätta emaljförändringar. Samtidigt synes verkställda undersökningar utvisa att en halt av 1 mg fluor/liter dricksvatten är utan hälsorisker även vid livslång användning.

Emellertid ha åtskilliga invändningar rests mot den artificiella fluorideringen av vatten.

En ofta framhållen olägenhet ligger i den osäkra doseringen. Medan man vid 1 mg fluor/l ej har något nämnvärt uppträdande av emaljfläckar, finner man redan vid 2 mg fluor/l en avsevärd frekvens av sådana, dock ofarliga rubbningar i emaljbildningen. Då fluortillförseln beror icke endast av fluorhalten i vattnet utan också av mängden konsumerat vatten och dessutom av fluortillförseln ur andra källor, har man på vissa håll befarat överdosering.

Häremot har framhållits att alla förekommande variationer i tillförseln ha blivit prövade under generationer på orter med 1 mg/l eller mer naturlig fluorförekomst utan att man ännu kunnat påvisa något enda säkert fall av hälsovådliga verkningar. Vidare har experimentellt visats, att intervallet är mycket stort mellan den fluortillförsel, som ger begynnande emaljförändringar, och de doser, som skada njurarna eller benens mineraliseringszoner — de vävnader, där fluoren främst koncentreras.

En olägenhet av ekonomisk art är givetvis att man måste fluoridera allt vattenledningsvatten, medan i allmänhet mindre än 0,5 procent därav drickes. Emellertid kan lätt visas att kostnaden för vattenfluorideringen är låg i förhållande till de besparingar som göras i fråga om tandvårdskostnader.

Som argument mot vattenfluoridering har även anförts dess praktiskt taget obligatoriska karaktär för invånarna i en ort. Detta har lett till en viss opposition mot fluorideringen. Denna opposition måste givetvis alltid beaktas och tagas hänsyn till, även om den i många fall präglas av bristfällig kunskap och osaklighet.

Medicinalstyrelsen har i skrivelse till Kungl. Maj:t den 12 april 1958 uttalat, att vattenfluoridering har en avsevärt karieshämmande effekt hos barn och ungdom och förordat, att kommuner, som så önska, beredas möjlig-

het att under erforderlig kontroll fluoridera sitt vattenledningsvatten. Förslaget har utsänts på remiss till olika sakkunniga eller intresserade institutioner. Mycket skiljaktliga meningar ha kommit till uttryck i remissvaren, särskilt beträffande de rättsliga och psykologiska aspekterna. Dessutom har en ganska intensiv presspropaganda mot fluorideringen bedrivits av motståndare till åtgärden.

Vattenfluorideringens kariesreducerande effekt är enligt de sakkunnigas uppfattning vetenskapligt belagd. Några skadliga biverkningar synes ej vara att befara vid de koncentrationer, som bliva aktuella, förutsatt givetvis att fluortillförseln betryggande kontrolleras. De sakkunniga vilja därför deklarerera sin positiva inställning till frågan om fluoridering av vattenledningsvatten.

Även om möjlighet skulle beredas för de särskilda kommunerna och eventuellt även andra rättssubjekt att fluoridera vattenledningsvatten, bör man hålla i minnet, att fluoridering över huvud taget endast är tekniskt genomförbar vid vattenverk av viss teknisk standard; det kan beräknas, att knappt hälften av vårt lands befolkning skulle kunna förses med sålunda behandlat vatten. Oavsett statsmakternas ställningstagande till frågan om vattenfluorideringens rättsenlighet måste man därför söka efter lämpliga komplement eller ersättningar för denna tillförselsform. Av de olika kompletterande eller alternativa administrationsformer, som föreslagits och i viss omfattning prövats, tilldrar sig bordsalt, mjölk och tabletter det största intresset. Försök ha även gjorts med lokal fluorapplikation på tandytorna, och inom folktandvården i Stockohlm pågår för närvarande vissa sådana försök.

De sakkunniga finna det angeläget att anförda alternativa former av fluortillförsel prövas. Beträffande lokal fluorapplikation ha hittills gjorda undersökningar givit så lovande resultat, att en försöksverksamhet i större skala snarast bör organiseras.

I anslagsäskanden för budgetåret 1959/60 föreslog medicinalstyrelsen att medel skulle anvisas för prövning av olika former av lokal kariesprofylaktisk fluorapplikation inom folktandvården. Undersökningen avsågs skönja bliva utförd inom endera av städerna Stockholm, Göteborg eller Malmö. På grund av dels vissa remissutlåtanden, dels avsaknaden av överenskomelse med någon av de nämnda städerna återremitterades ärendet till medicinalstyrelsen, och något förslag i ämnet framlades icke till 1959 års riksdag. Medicinalstyrelsen har i underdånigt utlåtande den 22 augusti 1959 i anledning av remissen närmare utvecklat sina synpunkter i ärendet och särskilt framhållit att en i och för sig önskvärd massprofylax genom lokal fluorapplikation borde föregås av en mera systematisk prövning beträffande såväl effekt av som kostnader för olika metoder. Styrelsen har vidare i petita för budgetåret 1960/61 ånyo äskat medel till den avsedda undersökningen och därvid bl. a. hänvisat till att Göteborgs stad åtagit sig att låta utföra undersökningen inom sin folktandvård.

De sakkunniga anse det värdefullt, att den av medicinalstyrelsen föreslagna undersökningen genom statsmakternas medverkan kommer till stånd. Det kan enligt de sakkunnigas mening väntas, att undersökningens blivande resultat skall lämna värdefulla bidrag till frågan om de mest ändamålsenliga formerna för den lokala fluorapplikationen.

Fluortillförsel med alternativa vehiklar, exempelvis salt eller mjölk, synes kräva ytterligare forskning för att klargöra konsumtionsvariationerna beträffande sådana vehiklar och därmed lägga en säker grund för fluordoseringen. Nästa steg torde böra vara välkontrollerade kliniska försök för att fastställa den kariesprofylaktiska effekten av fluortillförsel i dessa former.

En planmässigt genomförd profylaktisk verksamhet kommer att av folktandvårdens personal kräva avsevärda arbetsinsatser. Till personlig påverkan vid stolen och eljest bör ägnas betydligt mera tid än vad som för närvarande sker, även om detta till en början skulle medföra en nedgång av antalet behandlade patienter per tidsenhet och tandläkare.

När det gäller barntandvård bör tandläkaren icke blott söka påverka barnet utan även i därför lämpade fall själv eller genom annan sätta sig i förbindelse med vårdaren. Vid exceptionellt hög kariesfrekvens kan vara befogat att tandläkaren hänvisar patienten till en medicinsk-odontologisk specialundersökning i syfte att klargöra eventuella särskilda anledningar till patientens kariessituation och rörande möjligheten att insätta adekvat profylaktisk behandling. En naturlig arbetsuppgift för distriktstandläkare är vidare att såväl i direkt anslutning till skolundervisningen som i övrigt genom föredrag och demonstrationer propagera för tandhälsovård inför elever, lärare och målsmän.

Inom vissa landstingskommuner ha anställts s. k. tandvårdskonsulenter eller tandvårdskuratorer med huvudsaklig uppgift att propagera för den förebyggande tandvården. Dylika befattningshavare torde efter måttet av sin kompetens i viss utsträckning kunna komplettera den profylaktiska verksamhet, som förutsättes skola bedrivas av folktandvårdens tandläkare.

Ytterligare kan framhållas att i de uppgifter som tillkomma distriktssköterska — upplysande och rådgivande verksamhet i fråga om barnavård, bostadsvård, hälsovård och andra grenar av förebyggande vård samt utövande av viss sjukvård i hemmen — väl synes kunna i viss utsträckning inrymmas även förebyggande tandhälsovård. I den mån så erfordras bör distriktssköterskornas utbildning kompletteras så att även dessa kunna medverka inom den förebyggande vården.

#### **Biträde åt tandvårdsinspektören**

Det bör i princip ankomma på tandvårdsinspektören att leda den profylaktiska verksamheten och svara för att denna beredes tillräckligt utrymme inom folktandvården. Erfarenheterna från i varje fall de större huvud-

mannaområdena giva emellertid vid handen, att tandvårdsinspektörens uppgifter av administrativ och organisatorisk art äro så omfattande, att han endast i ringa omfattning själv kan ägna sig åt egentlig tandvård och ej alltid har möjligheter att effektivt leda den profylaktiska verksamheten. På sina håll kan därför vara befogat att förstärka organisationen på det ledande planet. Möjlighet bör sålunda öppnas att till tandvårdsinspektörens biträde anställa befattningshavare med befogenhet att efter hälsovårdsstyrelsens bestämmande fullgöra vissa på tandvårdsinspektör ankommande uppgifter. De sakkunniga ha närmast tänkt sig, att denne befattningshavare skulle leda den profylaktiska verksamheten, men hinder möter givetvis ej, att han dessutom eller i stället anförtros andra, tandvårdsinspektören eljest tillkommande göromål.

De sakkunniga vilja i ett följande avsnitt av betänkandet taga ställning till, huruvida folk tandvården bör tillföras en ny kategori hjälpkrafter med särskild utbildning, speciellt inriktad på främst munhygienisk och annan profylaktisk verksamhet.

#### **Intensifierad forskning**

Det föregående har väsentligen behandlat det praktiska profylaktiska utnyttjandet av redan föreliggande kunskap om tandsjukdomarna. Behovet av ytterligare forskning har dock berörts i flera sammanhang, liksom fallet varit i många tidigare utredningar på tandvårdens område. Det får icke glömmas, att upplysningsverksamheten måste vila på en vederhäftig vetenskaplig grundval, att det ännu finns åtskilliga luckor i vår kunskap om de mest utbredda tandsjukdomarnas uppkomstmekanismer och att nya möjligheter till profylaktiskt ingripande i dessa mekanismer böra efterforskas, prövas och utnyttjas.

Forskningsarbete på detta område pågår i de flesta kulturländer. Mest koncentrerad och målmedvetet inriktad på förebyggande åtgärder i stor skala är denna forskning i USA, där en särskild institution inom National Institutes of Health med över 100 anställda uteslutande bearbetar ifrågasvarande problem. Även andra forskningsinstitut i USA inrikta sitt arbete främst på dessa centrala uppgifter. I många andra länder, Sverige inräknat, är den grundläggande och profylaktiskt inriktade odontologiska forskningen i största utsträckning beroende av den tid och energi, som lärare vid tandläkarhögskolor eller enskilda forskare kunna mobilisera för dessa ofta mycket krävande uppgifter. Detta är ett otillfredsställande förhållande särskilt med tanke på de stora möjligheter till förbättrad hälsovård och inbesparade vårdkostnader, som ett förebyggande av tandsjukdomarna erbjuder.

En institution bör därför skapas, som kan utgöra den vetenskapliga ryggraden i det profylaktiska arbetet mot tandsjukdomarna, i första hand karies. Denna institution bör främst följa och bedriva målforskning,

t. ex. rörande olika metoder för utnyttjande av fluorens karieshämning, möjligheterna att utnyttja andra tandskyddande spårämnen, olika födoämnens betydelse för karies' uppkomst eller förebyggande, olika tandvårdsmedels verkan. Den bör dock ej vara förhindrad att bearbeta även problem av grundforskningskaraktär. Institutionen bör stå till medicinalstyrelsens förfogande i analogi med statens institut för folkhälsan, statens farmaceutiska laboratorium och statens bakteriologiska laboratorium. Den bör sålunda utgöra remissinstans för vetenskapliga och tekniska frågor rörande profylax mot tandsjukdomarna, kontrollinstans för användningen av fluor och jämförbara ämnen, provningslaboratorium för preparat, använda i den förebyggande tandvården m. m.

Även om en sådan institution finge beräknas från början draga en årlig kostnad av storleksordningen 100 000 kronor, skulle detta utgöra en mycket ringa ekonomisk insats för det vetenskapliga utvecklings- och kontrollarbetet, eftersom tandsjukdomarnas direkta vårdkostnader i vårt land överstiga 2 000 gånger detta belopp.

Den närmare utformningen av förslaget till en vetenskaplig institution för odontologisk profylaktik torde böra uppgöras av medicinalstyrelsen och statens medicinska forskningsråd, ev. i samråd med tandläkarhögskolorna och statens institut för folkhälsan.

Det kan ifrågasättas, huruvida icke den nu föreslagna institutionen med fördel skulle kunna samordnas med det »Statens odontologiska laboratorium», avsett i första hand för odontologisk materialprovning, om vars inrättande förslag väcktes av medicinalstyrelsen i anslagsäskanden för budgetåret 1952/53 (V. P. M. den 25 oktober 1951).



## KAPITEL V

### Förbättrad rekrytering av tandläkare till folktandvården

#### *Folktandvårdens rekryteringssvårigheter*

I den inledande översikten har redogjorts för bland annat folktandvårdens successiva utveckling under de 20 år, som förflutit sedan dess tillkomst. Den relativt långsamma utbyggnadstakten torde främst bero på bristande tillgång på tandläkare, villiga att taga anställning inom folktandvården. Antalet vid tandläkarhögskolorna intagna elever har vid olika tillfällen sedan början av 1940-talet ökats. Åren 1936—1942 intogos således omkring 85 elever årligen, vart och ett av åren 1943 och 1944 omkring 120. Under åren 1945—vårterminen 1956 intogos årligen omkring 180 elever samt från och med höstterminen 1956 240 stycken. Den ökade tillgången på tandläkare har emellertid icke i motsvarande grad förbättrat rekryteringen till folktandvården, utan övervägande antalet nyexaminerade ha — i förekommande fall efter fullgjord stipendiattjänstgöring — absorberats av den privata sektorn. Det är givetvis omöjligt att nu yttra sig om, i vad mån den ökade elevintagningen från och med höstterminen 1956, vilken tidigast under år 1960 kan beräknas resultera i ökad examination av tandläkare, kommer att förbättra rekryteringsresultatet. Frågan härom är i hög grad avhängig av konjunkturutvecklingen. En fortsatt standardhöjning kommer att för befolkningens flertal möjliggöra att i ökad omfattning tillgodose sitt tandvårdsbehov med därav följande goda utkomstmöjligheter för privatpraktiserande tandläkare. I ett kärvare ekonomiskt klimat åter kan efterfrågan på privat tandvård antagas minska, varav skulle följa att tjänstetandläkarbanan bleve mera eftersökt. I bilden kommer även in kostnaderna för att etablera och driva en privatpraktik. Odontologiens och teknikens framsteg ha medfört anspråk på en alltmera omfattande utrustning med därav föranledda ökade kostnader. Svårigheter att anskaffa erforderligt kapital eller väntade dryga utgifter för räntor och amorteringar samt övriga omkostnader för mottagningslokal och personal etc. kunna verka återhållande på tillströmningen till det privata verksamhetsfältet.

Under nuvarande förhållanden bör varje möjlighet att stimulera rekryteringen till folktandvården tillvaratagas. Enligt de beräkningar, som framlagts i det föregående, är behovet av tandläkare inom folktandvården betydligt större än vad 1946 års folktandvårdssakkunniga räknade med. Anledningen härtill är främst, att man med nuvarande kariesfrekvens

måste utgå från längre behandlingstider än som tidigare antagits. En bidragande orsak utgör även, åtminstone under de närmaste åren, de stora barnkullarna under 1940-talet.

Ett önskvärt deltagande av så många ungdomar som möjligt i åldrarna 16—19 år ställer ökade anspråk på folktandvården. Även om detta önskemål endast i begränsad omfattning kan tillgodoses, bör, med hänsyn till att enhetsskolans genomförande är nära förestående med därav följande skolplikt i regel även för 16-åringarna, denna årsklass i varje fall hänföras till den organiserade barntandvården. De sakkunniga återkomma härtill i ett följande avsnitt.

### *Vidtagna åtgärder i rekryteringsfrämjande syfte*

Redan i ett tidigt skede framträdde folktandvårdens rekryteringssvårigheter. Vid skilda tillfällen ha också åtgärder vidtagits i syfte att tillgodose behovet av tandläkare.

#### **Folktandvårdsstipendier**

Vid 1943 års riksdag (prop. 299, statsutsk. utl. 223, RD skr. 427) beslöts sålunda inrättande av stipendier för blivande distriktstandläkare. Gällande bestämmelser (SF 645/1943, omtryckt 326/1948, ändr. 420/1951) härom innebära att tandläkarstuderande kan tillerkännas ett årligt stipendium om 2 000 kronor under högst fem år på villkor att stipendiaten förbinder sig att efter vunnen legitimation tjänstgöra inom folktandvården under samma antal år, som han innehåft stipendium. Infrias icke åtagandet att tjänstgöra inom folktandvården eller skiljes stipendiaten i vederbörlig ordning från kurs, åligger det honom att på anmodan återbetala uppburet stipendiebelopp jämte ränta därpå efter fem procent.

Stipendieverksamheten har tidigare fungerat mindre tillfredsställande i så måtto att en icke ringa del av stipendiaterna underlåtit att fullfölja eller anhållit om befrielse från den tjänstgöring inom folktandvården, vartill de förbundit sig. En gradvis förbättring av stipendiaternas fullgörande av åtaggen tjänstgöringsskyldighet har dock kunnat iakttagas under senare år — icke minst som resultat av vissa ingripanden från tandläkarorganisationernas sida — och förhållandena torde numera kunna anses i stort sett tillfredsställande. Stipendiaternas antal har för budgetåret 1959/60 förklarats icke utan Kungl. Maj:ts medgivande skola överstiga 250.

Till belysning av frågan, huru stor del av stipendiaterna, som mera definitivt stanna i folktandvården, har Sveriges Tandläkarförbund under år 1957 låtit verkställa vissa undersökningar (refererade i Sveriges Tandläkarförbunds Tidning 1957, sid. 622). Samtliga tandläkare med examen åren 1952 och 1953 anmodades lämna uppgift om antalet erhållna stipendier och om sin tjänstgöring i olika befattningar. Cirka 300 svar kunde bearbetas, ut-

görande drygt 90 procent av samtliga. Skälet till att just dessa grupper uttagits har angivits vara att man önskade få en så ung grupp som möjligt, som dock redan hunnit avverka sin obligatoriska tjänstgöring. 87 stycken tjänstgjorde alltså i folktandvården, utgörande cirka 29 procent. Av dessa hade 17 stycken icke mottagit något stipendium alls. 81 stycken hade aldrig tjänstgjort i folktandvården, 6 av dessa hade dock deltagit i tandläkarhögskolornas folktandvård. Av hela gruppen hade 63 procent mottagit folktandvårdsstipendier, det övervägande antalet ett eller två stipendier. Av stipendiaterna hade 37 procent stannat i folktandvården.

#### **De sakkunniga**

Enligt de sakkunnigas åsikt bör stipendieverksamheten bibehållas i ungefärligen nuvarande omfattning. Stipendierna ha tydligen en dubbel uppgift, nämligen dels att primärt tillföra organisationen arbetskraft motsvarande en tandläkares insatser under ett år för varje åtnjutet stipendium, och dels — på längre sikt — att under stipendietjänstgöringen väcka och vidmakthålla stipendiatens intresse för folktandvården, så att han efter fullgjord tjänstgöringsskyldighet kvarstår inom organisationen. Att döma av ovan anförda siffror fylla stipendierna i viss mån även sistnämnda uppgift, även om givetvis icke kan bortses från att till stipendiatgruppen främst söka sig de studerande, som ha en positiv inställning till folktandvården, medan gruppen icke-stipendiater i första hand rekryteras av studerande med motsatt uppfattning.

#### **Utländska tandläkare inom folktandvården**

Under andra världskriget kom ett antal utländska tandläkare — främst balter och medborgare från våra nordiska grannländer — till Sverige såsom flyktingar och bereddes här tillfälliga anställningar inom folktandvården. Att de erhöles dessa anställningar torde icke ha berott endast på humanitära skäl utan även på den akuta bristen på tandläkare inom folktandvården. Även efter krigets slut ha utländska tandläkare i tämligen stor utsträckning sökt sig hit i avsikt att få anställning inom den sociala tandvården.

Enligt till medicinalstyrelsen inkomna uppgifter tjänstgjorde den 1 juli 1959 inom distriktstandvården av sammanlagt 1 512 tandläkare 473 med utländsk examen. Av dessa hade 130 nordisk och återstoden icke nordisk examen. I den icke nordiska gruppen dominera de tyska tandläkarna, vilka vid nyssnämnda tidpunkt uppgingo till 306.

I formellt hänseende regleras de utländska tandläkarnas möjligheter att här i landet utöva sitt yrke av 1 § i lagen den 18 maj 1951 om behörighet att utöva tandläkarkonsten och 17 § i instruktionen för tandläkare inom folktandvården den 22 september 1950. Enligt förstnämnda lagrum tillkommer behörighet dels legitimerade läkare, dels legitimerade tandläkare. För legitimation kräves i båda fallen svenskt medborgarskap och här i riket

avlagd läkare- respektive tandläkarexamen. Emellertid kan behörighet tillkomma även den, som utan att vara legitimerad läkare eller tandläkare, av Kungl. Maj:t utnämns på tandläkarbefattning samt den, som av medicinalstyrelsen är förordnad att tjänstgöra som vikarie på tandläkartjänst inom folktandvården. Slutligen kan Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, medicinalstyrelsen meddela särskilt tillstånd att inom riket utöva tandläkarkonsten.

Enligt 17 § sista stycket i instruktionen för tandläkare inom folktandvården skall medicinalstyrelsen efter anmälan förordna lämplig vikarie å distriktstandläkartjänst, där legitimerad tandläkare icke kan erhållas. Intill utgången av år 1958 gällde vidare, att utländsk medborgare icke utan Kungl. Maj:ts medgivande finge av medicinalstyrelsen förordnas till vikarie. Genom författningsändring, som trätt i kraft den 1 januari 1959 (nr 605), har emellertid Kungl. Maj:ts befattning med dessa ärenden upphört och avgörandet helt förlagts till medicinalstyrelsen.

I syfte att bereda utländska tandläkare möjlighet till säkrare anställning inom folktandvården har Kungl. Maj:t den 4 december 1953 medgivit, att utländsk tandläkare, som vunnit svenskt medborgarskap och under minst fem år med goda vitsord uppehållit tandläkartjänst inom folktandvården, av medicinalstyrelsen må beviljas tillstånd (s. k. certifikat) att söka och inneha ordinarie tjänst såsom distriktstandläkare eller såsom distriktstandläkare tillika föreståndare. Av förut angivna 473 utländska tandläkare innehade den 1 juli 1959 137 stycken dylikt certifikat.

#### **De sakkunniga**

Omdömena om de utländska tandläkarnas verksamhet inom folktandvården ha på det hela taget gått i positiv riktning. Endast i enstaka undantagsfall har befogad anledning till anmärkning förelegat. De gynnsamma erfarenheterna torde främst vara att tillskriva den noggranna prövning av vederbörandes kvalifikationer, som städse företages, innan förordnande — till en början som vakansvikarie under begränsad tid — meddelas. De sakkunniga vilja även erinra om de sedan 1956 årligen återkommande fortbildningskurserna för utländska tandläkare, vilka bidragit till att utjämna de diskrepanser, som otvivelaktigt förefinnas mellan svensk och utländsk tandläkarutbildning.

Genom de utländska tandläkarnas prestationer har den sociala tandvården i Sverige kunnat upprätthållas i större omfattning än som skulle varit fallet, om man varit hänvisad till att enbart anlita svenska tandläkare. Av naturliga skäl ha de utländska tandläkarnas verksamhet koncentrerats till de tandvårdsdistrikt, som visat sig mindre attraktiva för inhemska tandläkare och där sålunda verksamheten, utlänningarna förutan, icke alls eller endast i begränsad omfattning skulle kunnat upprätthållas.

Från vissa håll har uttalats farhågor för att försörjningsmöjligheterna

för de svenska tandläkarna skulle försämrats, om ytterligare utländska tandläkare bereddes anställning inom folktandvården. Enligt de sakkunnigas uppfattning förefaller det icke troligt att inom de närmaste åren rekryteringssituationen skulle så radikalt förändras, att vidare tillskott av utländska tandläkare till folktandvården skulle kunna undvaras. De sakkunniga anse därför önskvärt, att liksom hittills folktandvården åtminstone tills vidare årligen tillföres ett antal kvalificerade utländska tandläkare, och att dessas ställning i erforderlig mån tryggas.

#### **Obligatorisk tjänstgöring inom folktandvården**

I syfte att tillgodose folktandvårdens arbetskraftsbehov stadgades under åren 1943—1948 för nyexaminerad tandläkare, såsom villkor för erhållande av legitimation som tandläkare och tillstånd att utöva självständig tandläkarpraktik, skyldighet att tjänstgöra som assistent i första hand å folktandvårdspoliklinik. Anordningen var icke populär vare sig bland de studerande eller inom tandläkarorganisationerna, vartill kom att allmänheten kunde bibringas den föreställningen att en tandläkare icke var fullärd, innan han inom folktandvården förvärvat ett visst mått av praktisk erfarenhet och att folktandvården sålunda bleve ett övningsfält för blivande tandläkare.

#### **De sakkunniga**

Upphävandet från och med hösten 1948 av bestämmelserna om den obligatoriska tjänstgöringen torde ha varit till båtнад för såväl folktandvårdsorganisationen som för tandläkarkåren. Anledning saknas att överväga återinförande i någon form av föreskrifter om sådan tjänstgöring.

#### *Arbetstidsbestämmelserna inom folktandvården och därmed sammanhängande frågor*

Löne- och anställningsvillkor samt frågor om semestertidens längd regleras i princip genom överenskommelser mellan huvudmännen och de anställdas organisationer. I fråga om arbetstid och pensionering gälla dock vissa författningsbestämmelser.

#### **Arbetstidsbestämmelser**

Bestämmelser om arbetstiden för tandläkare inom folktandvården återfinnas i 9 § 3 mom. statsbidragskungörelsen. Här föreskrives, att inom folktandvården fast anställd tandläkares arbetstid skall vara minst 42 timmar i veckan. Från bestämmelsens tillämplighet undantages tandvårdsinspektör, som icke är heltidstjänstgörande inom folktandvården. Genom författningsändring, som trädde i kraft den 1 juli 1956 medgavs, att arbetstiden finge minskas till 39 timmar i veckan för tandläkare, vilkens befattning

inrättats för vård av enbart barn i förskoleåldern, psykiskt efterblivna barn eller andra ur behandlingssynpunkt svårhanterliga barn. Enligt 4 mom. samma paragraf, må efter inhämtat medgivande från medicinalstyrelsen i varje särskilt fall, för meddelande av tandvård i den utsträckning, som styrelsen äger bestämma, anlitas tandläkare med kortare arbetstid än som enligt 3 mom. kräves för fast anställning.

#### **Pensionering**

Redan år 1938 meddelades bestämmelser om delaktighet i statens pensionsanstalt för ordinarie distriktstandläkare, till vilkas avlöning staten lämnade bidrag, ävensom för fast anställda tandläkare vid landstingsområdes centraltandpoliklinik. I båda fallen krävdes en årlig arbetstid av minst 1 900 timmar. Från och med den 1 juli 1945 bereddes jämväl fast anställda tandläkare inom folktandvården i städer utanför landsting möjlighet att vinna delaktighet i pensionsanstalten. Härför gällde samma villkor och bestämmelser som för landstingen.

I samband med genomförandet av ändringarna i folktandvårdens organisation den 1 januari 1951 gjordes vissa ändringar jämväl i pensionsbestämmelserna med hänsyn till bland annat den i statsbidragskungörelsen genomförda omläggningen av arbetstidsvillkoren till att omfatta i genomsnitt 42 timmar i veckan. I den i 39 § SPA-reglementet intagna uppräknigen av befattningar, som tillhörde reglementets tillämplighetsområde, ersattes det tidigare villkoret om skyldighet att tjänstgöra minst 1 900 timmar årligen med kravet på heltidsanställning. Dessa befattningar bli förenade med pensionsrätt först efter det att befattningen på framställning av huvudmannen registrerats hos pensionsanstalten. Härtill må anmärkas, att jämlikt 3 § 1 mom. SPA-reglementet befattning tillhörande grupp B icke må registreras med mindre befattningen är av stadigvarande art och avsedd för tjänstgöring under så stor del av året och i sådan omfattning, som kan anses normal för den verksamhet, vid vilken befattningen är inrättad.

För anslutning till statens pensionsanstalt fordras sålunda i princip heltidsanställning. Vid tillämpning av SPA-reglementet tolkas begreppet heltidsanställning i anslutning till bestämmelserna om arbetstiden i statsbidragskungörelsen. Tandläkare, som av organisatoriska skäl i stället för semester åtnjuter ferier, betraktas därvid som heltidsanställd.

#### **1946 års folktandvårdssakkunniga**

Det har framhållits att statsbidragsförfattningens arbetstidsbestämmelser för tandläkare hindrat inrättande av fasta, med pensionsrätt och övriga sociala förmåner förenade deltidstjänster.

I syfte att stimulera rekryteringen till folktandvården övervägde 1946 års folktandvårdssakkunniga att i enlighet med för de sakkunniga meddelade direktiv genom deltidstjänster tillföra folktandvården ökad arbetskraft. De

sakkunniga förklarade sig emellertid ha bibragts den uppfattningen att möjligheterna härtill voro mycket begränsade. Påtagbara resultat kunde vinnas endast genom att deltidstjänst inom folktandvården finge förenas med rätten att vid sidan därav driva privatpraktik. Det vore visserligen tänkbart att folktandvården därigenom skulle erhålla ett icke obetydligt arbetskraftstillskott. Om ett system med dylika tjänster skulle tränga igenom, kunde dock ökade svårigheter att besätta de ordinarie distriktstandläkartjänsterna befaras uppstå, i det att tandläkare, som eljest skulle ha ägnat sig helt åt folktandvården, föredroge privatpraktik, eventuellt som assistenttandläkare, i förening med timtjänst inom folktandvården. Förening av ordinarie tjänst inom folktandvården med enskilt driven praktik borde enligt nämnda sakkunnigas mening tillåtas endast såsom en nödfallsutväg och kunde icke förordas såsom en regelmässigt ingående del i folktandvårdens organisation. I stället förordades att vid sidan av distriktstandläkare med full tjänstgöringsskyldighet, bestämd till 42 timmar i veckan, skulle inrättas s. k. avkortade heltidstjänster med en årlig tjänstgöringstid av 1 300 timmar. Dessa tjänster, som skulle avse företrädesvis barn- och ungdomstandvård, ansågos lämpade för t. ex. gifta kvinnliga tandläkare och för sådana tandläkare, som vid sidan av sin tjänst ville meritiera sig genom tjänstgöring vid tandläkarhögskola eller eljest önskade ägna sig åt vetenskapligt arbete. Vidare föreslogs, att man skulle öppna möjligheter för huvudmännen att inrätta tim- och arvodestjänster för vissa bestämda uppgifter såsom avarbetande av tillfällig balans inom barn- och ungdomstandvården, semestervikariat eller uppehållande av vakant distriktstandläkartjänst i avvaktan på dennas besättande med ordinarie innehavare samt vikariat vid långvarigare sjukdomsfall.

#### 1950 års riksdagsbeslut

I prop. nr 84 till 1950 års riksdag fann föredragande departementschefen sig icke kunna biträda förslaget att införa avkortade heltidstjänster. Det syntes visserligen sannolikt, att folktandvården genom inrättande av dylika tjänster till en början kunde komma att tillföras viss ny — i synnerhet kvinnlig — arbetskraft. Å andra sidan kunde emellertid befaras, att inom folktandvården redan verksamma, heltidsanställda befattningshavare komme att övergå till sådana avkortade tjänster. Det kunde även tänkas att utom folktandvården arbetande yrkesutövare, som reflekterade på tjänst inom organisationen och som måhända eljest skulle ha tagit anställning på en tjänst med full arbetstid, i stället skulle välja en avkortad heltidstjänst. Risk skulle därför föreligga att de oavkortade heltidstjänsterna skulle bli svårare att besätta och att reformen sålunda på lång sikt skulle relativt sett minska antalet arbetstimmar inom folktandvården. Särskilt betänkligt tedde sig förslaget ur den synpunkten, att man här för en viss kategori av yrkesutövare skulle införa heltidstjänster med en helt ny ar-

betstid. En sådan åtgärd kunde så småningom även på andra yrkesområden väntas föranleda krav på en motsvarande ordning. Av vissa remissmyndigheter framförda önskemål om fasta deltidstjänster i förening med rätt att driva privatpraktik biträdades ej heller av departementschefen.

Däremot anslöt sig departementschefen till de sakkunnigas förslag, att för vissa särskilda uppgifter inom folktandvården inrätta tim- och arvodes-tjänster, öppna även för privatpraktiserande tandläkare.

I motion II: 475 föreslogs, att en organisation med deltidstjänster inom folktandvården skulle prövas i begränsad omfattning.

Statsutskottet (utl. nr 166) anslöt sig i allt väsentligt till propositionen. Med anledning av förenämnda motion förklarade sig utskottet i denna del icke ha funnit tillräckliga skäl frångå Kungl. Maj:ts förslag.

Utskottsutlåtandet godkändes av riksdagen (skr. nr 302).

### 1956 års riksdag

I utlåtande över en i november 1956 av särskild tillkallad utredningsman avgiven promemoria angående tjänstgöringstiden för tandläkare inom folktandvården (stencil) anförde medicinalstyrelsen bland annat:

»Visserligen inser styrelsen vikten av att den knappa arbetskraften på området väl tillvaratages, men då det visat sig, att frågor av denna art bäst löses vid förhandlingar mellan vederbörande parter, förordar styrelsen, att bestämmelserna om arbetstidens längd utgår ur författningen.»

Frågan anmäldes i proposition till 1956 års riksdag (nr 160), därvid föredraganden till en början erinrade om att det statliga driftbidraget numera utginge till såväl landsting som till stad utanför landsting i förhållande till antalet fullständigt behandlade barn. Om hänsyn endast toges här till, kunde det icke anses påkallat att rätten till statsbidrag gjordes beroende av att de i folktandvården anställda tandläkarna hade viss minimiarbetstid. Vissa andra omständigheter borde emellertid beaktas, när det gällde att bedöma huruvida föreskrifter om arbetstiden borde bibehållas som statsbidragsvillkor. I fortsättningen erinrades om den alltjämt kännbara bristen på tandläkare inom folktandvården samt om den avvisande inställning, som statsmakterna år 1950 intagit till de avkortade heltidstjänsterna. Härefter anförde departementschefen:

»Självfallet har statsmakterna det största intresse av att folktandvården fungerar så effektivt som möjligt och att dess fortsatta utbyggande till att omfatta hela svenska folket underlättas. Kunde ett upphävande av arbetstidsföreskrifterna i statsbidragskungörelsen med skäl antagas verka i sådan riktning, skulle jag därför icke tveka att tillstyrka detta. Härigenom skulle emellertid möjligheter öppnas att inrätta både avkortade heltidstjänster och deltidstjänster. Då riksdagen så sent som 1950 avvisat förslag om att införa sådana tjänster och intet nu framkommit som synes ge anledning till ändrat ståndpunktstagande härutinnan, anser jag försiktigheten bjuda att det nuvarande kravet på heltidstjänstgöring tills vidare bibehålles.»



I likalydande motioner (I: 573 och II: 763) anfördes, att ett beslut i enlighet med propositionens förslag om bibehållande av arbetstidsbestämmelserna i statsbidragskungörelsen med största sannolikhet även för framtiden komme att verka hämmande på folktandvårdens utbyggnad, varför motionärerna hemställde, att riksdagen måtte besluta att 9 § 3 mom. i nämnda kungörelse skulle utgå.

Statsutskottet (utl. 146) fann sig, ehuru ur principiell synpunkt skäl kunde anföras mot att i statsbidragskungörelsen bibehålla arbetstidsföreskrifter, böra på i huvudsak de skäl som anförts av föredraganden förorda Kungl. Maj:t:s förslag i denna del. I utlåtande anfördes vidare:

»Utskottet förutsätter emellertid att Kungl. Maj:t ägnar de komplicerade förhållanden, som påverkar frågan om ett borttagande av arbetstidsföreskrifterna ur statsbidragskungörelsen, fortlöpande uppmärksamhet och — om utvägar kan finnas till en förbättrad rekrytering av folktandvården och då särskilt barntandvården — underställer riksdagen förslag i ämnet.»

Riksdagen (skr. 307) godkände utskottsutlåtandet, och gav härjämte Kungl. Maj:t tillkänna, vad utskottet anført beträffande åtgärder för att åstadkomma en förbättrad rekrytering av tandläkare till folktandvården.

#### Övergångsvis gällande bestämmelser

Inom vissa kommuner, framförallt städer och större samhällen, har sedan länge bedrivits och bedrivs alltjämt skoltandvård i kommunal regi. Inom sådan tandvård anställda skoltandläkare ha merendels kortare anställningstid än den för fast anställd distriktstandläkare föreskrivna. Tjänstgöringstider, omfattande 30—36 timmar i veckan med uppehåll i anslutning till skolornas ferier, äro sålunda icke ovanliga. I syfte att vid denna kommunala tandvårds inlemmande i folktandvården kunna dit överföra tidigare verk samma skoltandläkare stadgades i 4 mom. övergångsbestämmelserna till statsbidragskungörelsen:

»Övergår av kommun anordnad skoltandvård i folktandvården må tandläkare, som den 31 december 1950 innehade fast pensionsberättigande anställning inom kommunens skoltandvård och som har kortare arbetstid än i 9 § 3 mom. sägs, därest överenskommelse icke kan träffas om heltidsanställning, erhålla fast anställning inom folktandvården med bibehållen tjänstgöringstid.»

Med stöd av dessa övergångsbestämmelser ha i viss utsträckning förutvarande skoltandläkare kunnat beredas ordinarie anställning inom folktandvården med kortare arbetstid än 42 respektive 39 timmar i veckan.

I de fyra största städerna har i vissa fall sedan lång tid tillbaka tillämpats andra tjänstgöringstider än vad i statsbidragskungörelsen förutsättes. 1955 års riksdag (skr. nr 11) bemyndigade Kungl. Maj:t att vid beviljande av statsbidrag till stad utanför landsting tills vidare medgiva de avvikelser från eljest gällande grunder, som bedömdes oundgängligen nödvändiga. Med stöd av detta bemyndigande medgav Kungl. Maj:t för folktandvården

i Stockholm vissa organisatoriska avvikelser från vad statsbidragsbestämmelserna föreskriva. Vidare förklarade Kungl. Maj:t hinder icke möta mot att Stockholm, Malmö och Norrköping i avbidan på resultatet av anbefalld utredning angående tjänstgöringstiden för tandläkare inom folktandvården bibehölle vissa kortare tjänstgöringstider. För Göteborgs del hade Kungl. Maj:t redan tidigare (den 4 oktober 1946) förklarat sig icke ha något att erinra emot att vissa där gällande kortare årliga tjänstgöringstider bibehölles.

Sedermåra har i kungörelse den 1 juni 1956 (nr 291) förordnats bland annat följande:

»Har stad, som ej tillhör landstingskommun, beviljats statsbidrag till driften av folktandvården, må staden tills vidare åtnjuta sådant bidrag, utan hinder av att inom stadens folktandvård fast anställd tandläkare, med vilkens befattning den 30 juni 1956 är förenad kortare arbetstid än för varje särskilt fall i 9 § 3 mom. sägs, bibehållas vid då gällande arbetstid.»

Det må anmärkas att senast återgivna stadgande fått endast ringa praktisk betydelse, enär det stora flertalet tandläkare som berördes härav numera övergått till tjänster med 42 veckotimmar.

#### **De sakkunniga**

I det föregående har erinrats om att enligt de 1938 fastställda statsbidragsbestämmelserna statsbidrag utgick bland annat till landstingsanställda distriktstandläkares avlöning. Det var vid sådant förhållande förklarligt att såsom statsbidragsvillkor uppställdes krav på viss minimitjänstgöring. Med den utformning som statsbidragsbestämmelserna erhöllo år 1950, d. v. s. driftbidraget utgår till samtliga huvudmän med visst belopp för varje under ett kalenderår fullständigt behandlat barn, saknas från denna synpunkt anledning att i statsbidragskungörelsen bibehålla arbetstidsbestämmelserna.

Måhända kunde ifrågasättas, att statens bidrag till tandläkarnas pensionering genom anslutningen till statens pensionsanstalt skulle motivera en författningsenlig reglering av arbetstiden. Så synes emellertid icke vara fallet, eftersom motsvarande bestämmelse saknas beträffande såväl tand-sköterskor och tandtekniker inom folktandvården som annan personal, tillhörande bland annat allmän hälso- och sjukvård under kommunalt huvudmannaskap, oaktat staten på motsvarande sätt bidrager till vederbörande befattningshavares pensionering.

Då tjänstgöring inom folktandvården utgör ett frivilligt åtagande, kan ett bibehållande av arbetstidsbestämmelserna icke heller gärna antagas öka folktandvårdens kapacitet. Den författningsmässigt bundna arbetstiden kan däremot i vissa fall hindra ett rationellt nyttjande av tillgänglig arbetskraft. Att döma av tandläkarkåkrens inställning kan det vidare antagas, att den större frihet, som ett avskaffande av arbetstidsbestämmelserna skulle medföra, komme att bliva till fördel för rekryteringen. I detta sammanhang må

erinras om, att enligt en rätt utbredd uppfattning meddelande av barntandvård skulle vara såväl fysiskt som psykiskt mera ansträngande än meddelande av annan tandvård. Det är därför icke osannolikt, att lämpligt utformade deltidstjänster, avsedda för enbart barntandvård skulle bidra till att öka antalet barntandläkare inom folktandvården.

Enligt de sakkunnigas mening tala därför övervägande skäl för att ur statsbidragskungörelsen avlägsna arbetstidsbestämmelserna för tandläkare. Arbetstidens längd bör även på förevarande område utgöra förhandlingsfråga mellan parterna i likhet med övriga avlönings- och anställningsvillkor. Härigenom öppnas möjligheter till en större variation av tjänsterna.

Vid 1950 års riksdag uttalade betänkligheter mot att för en viss kategori införa heltidstjänster med helt ny arbetstid torde numera vara av relativt underordnad betydelse med hänsyn till de strävanden, som inom andra områden framträtt att i bristsituationer tillgodogöra sig partiellt tillgänglig arbetskraft. Framförda farhågor att införande av deltidstjänster skulle relativt sett minska antalet arbetstimmar inom folktandvården kunna väl icke helt avvisas. Mot bakgrunden av förefintliga rekryteringsproblem förefaller det dock bättre att skapa ett system, som gör det möjligt att smidigt anpassa tillgänglig arbetskraft till det aktuella behovet.

Av en, såsom bilaga till detta betänkande fogad, på föranstaltande av de sakkunniga verkställd attitydundersökning inom tandläkarkåren framgår även, att ett visst intresse för partiell tjänstgöring inom folktandvården föreligger såväl bland privatpraktiker som bland icke yrkesverksamma tandläkare.

Den av 1946 års folktandvårdssakkunniga gjorda åtskillnaden mellan »avkortade heltidstjänster» och »fasta deltidstjänster» torde ha betingats av en önskan att konstruera en fast pensionsberättigad tjänst, den avkortade heltidstjänsten, som icke skulle vara förenad med rätt att driva enskild praktik. Någon mera djupgående principiell skillnad synes dock icke föreligga mellan dessa två typer av deltidstjänster, utan vad frågan egentligen gäller är å ena sidan anställning i heltidstjänst och å andra sidan (fasta) deltidstjänster. 1957 års folktandvårdssakkunniga använda därför i fortsättningen sistnämnda uttryck som en sammanfattande benämning på tjänster med kortare arbetstid än motsvarande heltidstjänstgöring.

Det synes knappast erforderligt, att tjänsterna uttryckligen betecknas som »fasta». Frågan, huruvida en tjänst skall anses som fast i den bemärkelse de sakkunniga närmare inlägga i begreppet, d. v. s. förenad med pensionsrätt och övriga sociala förmåner, torde få avgöras med hänsyn till vid varje tillfälle gällande tvingande lagbestämmelser samt vad som överenskommits vid förhandlingar mellan respektive organisationer.

Ehuru icke författningsmässigt fastslaget har med stöd av ett flertal uttalanden såväl i förarbetena till folktandvårdsförfattningarna av åren 1938 och 1950 som därefter i andra sammanhang antagits, att inom folktandvår-

den fast anställd tandläkare principiellt icke ägde utöva enskild, av taxa obunden praktik. Såsom skäl härtill har angivits svårigheten att på ett tillfredsställande sätt uppdraga och i praktiken upprätthålla en gräns mellan folktandvård och enskild tandvård. Bland annat har uttalats farhågor att den deltidsanställda tandläkaren skulle kunna utnyttja sin tjänst för ett gynnande av privatpraktiken och att hans intresse för denna skulle dominera till men för hans arbetsintensitet inom folktandvården.

Sålunda framförda betänkligheter, vilka icke torde kunna helt tillbakavisas, synas dock i huvudsak hänföra sig till det vuxna klientelet. Om fast anställning inom folktandvården i förening med rätt till privatpraktik begränsas till folktandvård för barn samt för ungdomar till och med nittonårsåldern, torde risken för icke önskvärda komplikationer väsentligt minskas. Det kan erinras om att skoltandvård i kommunal regi i åtskilliga decennier ombesörjts av privatpraktiserande tandläkare utan att några olägenheter i antydd riktning påtalats.

Tandläkare i deltidstjänst, som avses skola behandla vuxna patienter, torde avtalsvis böra förbindas att icke utöva enskild praktik.

Enligt de sakkunnigas mening bör, åtminstone tills vidare, de fasta deltidstjänsterna endast undantagsvis avse tandvård åt vuxna. Den arbetskraft, som genom deltidstjänstgöring kan komma att tillföras folktandvården, bör i största möjliga utsträckning användas för att komplettera den organiserade barntandvården inom distrikt, där denna icke kan genomföras med anlitan av de heltidsanställda befattningshavarna, ävensom för en intensifiering av ungdomstandvården. Föreliggande bristsituation motiverar, att folktandvården i första hand inriktas på att hejda tandförstörelsen i barn- och ungdomsåren. Visserligen finnes inom folktandvården ett avsevärt aktuellt behov av tandvård även för vuxna i åldrarna från och med tjugo år, vilket bäst visas av de ständigt växande kölistorna vid poliklinikerna. I nuvarande läge, kännetecknat av en jämförelsevis hög genomsnittlig inkomststandard, bör dock en utökning av den egentliga vuxentandvården komma i andra hand.

De sakkunniga föreslå, att folktandvårdens fortsatta utbyggnad sker i huvudsak enligt fastställda folktandvårdsplaner, innebärande bland annat, att distriktstandvården i princip skall ombesörjas av heltidsanställda tandläkare till det antal och med de arbetsuppgifter, som för varje poliklinik finnes föreskrivet. Härjämte må inom folktandvården kunna anlitas deltidstjänstgörande tandläkare. Dessa tandläkare förutsätts skola tjänstgöra såväl inom distrikt, där huvudmannen finner en ökning av framför allt barn- och ungdomstandvården utöver ramen för gällande plan lämpligen kunna genomföras, som inom distrikt, där, till följd av att någon eller några heltidstjänster äro vakanta, folktandvården för tillfället icke kan planmässigt tillgodoses.

Liksom beträffande heltidstjänsterna förutsättes frågan om tjänstgörings-

tidens längd och övriga anställningsvillkor skola avgöras förhandlingsvägen. Vid deltidstjänsternas utformning bör enligt de sakkunnigas mening antalet tjänstetyper såvitt möjligt begränsas. Deltidstjänstgöring bör som regel omfatta minst halvtidstjänstgöring.

Enligt 9 § 4 mom. i gällande statsbidragskungörelse kan såsom tidigare nämnts under vissa förhållanden anställas tandläkare med kortare arbetstid än heltidsanställning. För sådan anställning fordras medicinalstyrelsens tillstånd. Enligt de sakkunnigas uppfattning bör, såsom ett led i strävandena att förenkla och decentralisera folktandvårdens administration, kravet på dylikt tillstånd kunna eftergivnas. Det synes tillfyllest att, där tandläkare anställs inom folktandvården med deltidstjänstgöring, huvudmannen gör anmälan härom till medicinalstyrelsen, som därmed beredes möjlighet att överblicka dispositionen av tillgänglig arbetskraft.

Föreslagna deltidstjänster inom folktandvården kunna icke väntas få samma permanenta karaktär som heltidstjänsterna. Man får sannolikt räkna med en relativt livlig omsättning bland de deltidsanställda. I vissa fall väljer vederbörande deltidstjänst såsom en övergångsform; bli hans erfarenheter gynnsamma, söker han sig förr eller senare till en ordinarie distrikts-tandläkartjänst. Endast ett fåtal — främst kanske vissa kvinnliga tandläkare med arbete i det egna hemmet — kan beräknas stanna för gott å en deltidstjänst.

Under senare år har inslaget av kvinnliga studerande vid tandläkarhögskolorna relativt sett ökat. Enligt uppgifter från respektive högskolor motsvarade vid början av höstterminen 1959 antalet kvinnliga tandläkarstuderande 28,3 procent av samtliga elever, medan av de vid samma tidpunkt nyinskrivna 38,6 procent voro kvinnor. Till jämförelse må nämnas, att den svenska tandläkarkåren vid årsskiftet 1958/59 till 25,8 procent bestod av kvinnliga tandläkare. En icke oväsentlig ökning av antalet kvinnliga tandläkare är därför att emotse. Därmed torde även antalet av dem, som önska erhålla och för längre tid, eventuellt definitivt, kvarstanna på deltidstjänster, öka. Med ökningen av kvinnornas andel i tandläkarkåren ökas även risken för mera omfattande tidig avgång från yrket, om icke möjlighet till deltidstjänster finnes. Även detta förhållande synes utgöra ett starkt motiv för inrättande av deltidstjänster.

Man torde icke behöva befara, att förekomsten av deltidstjänster skall hindra återbesättandet av ordinarie heltidstjänster, om tillfälle därtill erbjudes. För övrigt torde knappast deltidstjänstgörande tandläkare komma att sakna arbetsuppgifter även om samtliga ordinarie tjänster å en distrikts-tandpoliklinik bleve tillsatta.

#### **Den odontologiska specialvården**

Enligt de sakkunnigas mening kunna deltidstjänsterna väntas få sin största betydelse inom distriktstandvården, där rekryteringssvårigheterna äro mest framträdande. I viss utsträckning torde emellertid även den odontologiska

specialvården — lasarettstandvården och tandregleringsvården — kunna ombesörjas av deltidсанställda tandläkare. Cheftjänsterna inom respektive områden, lasarettstandläkare och cheftandläkare för tandreglering (läns-ortodontist), böra dock uppehållas av heltidsanställda befattningshavare. Vad särskilt lasarettstandvården angår må erinras om att inom den avancerade odontologien framträtt en tendens till ökad specialisering. Å en centraltandpoliklinik kan sålunda uppstå behov av specialister exempelvis för rotbehandling, för behandling av parodontopatier eller för barntandvård. Dessa arbetsuppgifter kunna regelmässigt icke väntas bli så omfattande att de motivera heltidstjänster, medan däremot deltidstjänster skulle kunna erbjuda en ändamålsenlig lösning.

#### **All folktandvård bör meddelas å folktandvårdspoliklinik**

Vid övervägande av frågan, huruvida folktandvård skall kunna meddelas av privatpraktiserande tandläkare å dennes egen praktiklokal, ha de sakkunniga kommit till den uppfattningen, att en dylik anordning icke kan förordas. Främsta anledningen härtill är svårigheten att beträffande sådan tandvård kunna genomföra den inspektion och tillsyn, som måste anses ofrånkomlig vid en statsunderstödd folktandvård. Mot bakgrunden av de sakkunnigas sålunda deklarerade principiella inställning kunna de sakkunniga icke biträda framkomna önskemål om statsbidrag till den skoltandvård utanför folktandvårdens ram, som på sina håll i icke obetydlig omfattning bedrivs i kommunal regi.

#### **Pensionsrätt vid deltidstjänstgöring**

Statens allmänna pensionsreglemente (SPR), som trätt i kraft den 1 juli 1959, omfattar i princip alla lönegradsplacerade statsanställda med minst halvtidstjänstgöring (3 §). Enligt beslut vid 1959 års riksdag (prop. nr 151, statsutskottets utlåtande nr 110, riksdagens skrivelse nr 258) skall SPR omfatta jämväl de grupper av icke statliga anställningshavare, som tidigare varit underställda SPA-reglementet, sålunda även tandläkare inom folktandvården. För rätt till pension enligt SPR förutsättes beträffande bland andra »vid den statsunderstödda folktandvården på annat sätt än genom utnämning av Kungl. Maj:t fast anställd tandläkare» jämte annat, att anställningen, där avlöningen vid densamma icke utgår enligt statlig eller kommunal lönegrad, avser heltidsanställning (SPR 17 §: tillägg till 3 § under 3 b, jämförd med den i 1 § reglementet omförmälda bilagan). Frågan huruvida deltidstjänstgöring inom folktandvården kan bli pensionsgrundande enligt SPR är sålunda beroende av tjänsternas närmare utformning (fast eller tillfällig anställning, lön enligt lönegrad eller arvode). Då hithörande spörsmål enligt de sakkunnigas principiella inställning bör vara en förhandlingsangelägenhet, ha de sakkunniga icke ansett sig böra närmare ingå på frågan om pensionsrätt vid deltidstjänstgöring, vilken fråga till följd av den allmänna tilläggs pensioneringens införande för övrigt torde ha förlorat en del av sin aktualitet.

*S. k. provinsialtandläkare*

Vid 1922 års riksdag väcktes motion om inrättande av provinsialtandläkare med fastställd arvodestaxa. Förebilden till en sådan organisation av tandvården, avseende företrädesvis landsbygden, hade hämtats från provinsialläkarorganisationen. Indelningen av landet i provinsialläkardistrikt skulle inom tandvården motsvaras av provinsialtandläkardistrikt med en s. k. provinsialtandläkare inom varje distrikt.

I riksdagsdebatten framhölls bland annat, att då läkarens och tandläkarens arbetsuppgifter vore ganska skiljaktiga, man icke vore berättigad att draga den slutsatsen, att vad som är lämpligt i fråga om organisationen av den förres arbete också är lämpligt för den senares.

Förslaget avvisades av riksdagen.

Enligt en grundtanke i de år 1928 (landshövdingen Widén m. fl.) samt 1935 (Statens sjukvårdskommitté) avgivna förslagen till folktandvårdsorganisation skulle (distrikts-)tandläkare ägna visst antal timmar årligen åt barntandvård (skoltandvård) mot kontant lön samt under återstående tid å polikliniken ombesörja i huvudsak vuxentandvården mot ersättning, baserad på influtna taxevgifter.

Här föreslogs sålunda ett avlöningssystem, som i princip icke synes mycket skilja sig från vad som torde ha avsetts för provinsialtandläkare.

Sveriges tandläkarförbund och Svenska tandläkaresällskapet anförde i remissutlåtande (SOU 1937: 47 sid. 39) bland annat, att det föreslagna lönesystemet kunde tänkas i sina praktiska konsekvenser bidra till att sänka folktandvårdens standard och därigenom misskreditera dess idé. En allmän kvalitetssänkning kunde befaras därigenom, att tandläkaren i syfte att öka sina inkomster komme att söka ernå bästa möjliga kvantitativa resultat.

Av 1937 års folktandvårdssakkunniga framhölls som en ytterligare olägenhet av ett avlöningssystem, i relativt stor omfattning grundat på taxekomster, att av lokala hänsyn påkallade ändringar i distriktsindelningen ofta skulle vara ägnade att i större eller mindre grad påverka distriktstandläkarnas inkomster. Svårigheter att ordna distriktsindelningen på det för vårdbehovets tillgodoseende lämpligaste sättet skulle härigenom många gånger uppstå. Vidare skulle en anknytning i förslagen omfattning av tandläkarnas inkomster till taxevgifterna utan tvivel vara till men för en urskilda synpunkter ändamålsenlig reglering av dessa avgifter. De sakkunniga förordade i stället ett avlöningssystem, i vilket som enda avlöningsform upptogs fast lön eller där förekommande ersättning för utförd behandling i varje fall intog en väsentligt mera undanskymd plats än i tidigare föreslagna avlöningssystem.

I proposition 1938: 127 anförde föredragande departementschefen bland annat:

»I avseende å de alternativa grunder för avlöningens beräkning, som de sakkunniga angivit, enligt vilka ersättningen skulle utgå antingen i form av utslutande fast lön eller ock i form av såväl fast lön som viss andel av influtna avgifter

synes mig goda skäl kunna anföras för båda anordningarna. Det torde vara riktigt att härutinnan låta huvudmannen träffa avgörandet, därvid jag dock förutsätter att andelen i avgifterna icke fastställes alltför hög.»

I skrivelse till Kungl. Maj:t från Sveriges tandläkarförbund den 15 december 1949 väcktes ånyo tanken på en provinsialtandläkarorganisation. För denna angavs följande riktlinjer:

Landstinget tillhandahåller lokal, utrustning, avlönar tandsköterska och bestrider vissa löpande utgifter. Provinsialtandläkare uppbär dels fast lön jämte rätt till pension och sjukersättning för fullgörande av visst antal tjänstgöringstimmar i barntandvård inom distriktet, dels äger han rätt att på annan tid utnyttja polikliniken för övrig tandvård med skyldighet för honom att därvid tillämpa viss fastställd taxa. Behållningen av denna verksamhet, vars omkostnader jämte förbrukningsartiklar för barntandvården huvudsakligen bestrides av tandläkaren, tillfaller denne. — Förbundet anförde vidare, att därest ifrågavarande organisationsförslag kunde genomföras, detta torde bliva av värde för förbättring av rekryteringsmöjligheterna.

Med anledning av skrivelsen hemställde medicinalstyrelsen, att Kungl. Maj:t ville överväga tillkallandet av särskilda sakkunniga för att utreda frågorna om möjligheten eller lämpligheten utav en ändring av folktandvårdens allmänna uppläggning i vad avsåge tandläkarnas ställning samt om möjligheten av att inom folktandvårdens ram anordna en försöksverksamhet efter de vägar, som utredningen kunde finna framkomliga.

I proposition 1950: 84 anförde föredragande departementschefen, att då ytterligare överväganden vore erforderliga, han icke vore beredd att för det dåvarande fatta ståndpunkt till förslagen.

#### **De sakkunniga**

Emot en tandvårdsorganisation, vilken — hur den än skulle närmare utformas — kännetecknas av att summan av tjänstetandläkarens samlade avlöningsförmåner till väsentlig del är beroende av storleken av influtna taxebelopp, har, såsom framgår av det föregående, åtskilliga invändningar framställts. De sakkunniga anse dessa invändningar äga oförminskat berättigande.

Vid en jämförelse mellan nuvarande anställnings- och avlöningssystem och tandläkarförbundets förslag av 1949 torde följande kunna konstateras. Tandläkaren kan tydligen ej räkna med att vid ett provinsialtandläkar-system få behålla taxeeinkomsterna såsom netto. Ur inkomsterna skulle bestridas kostnaderna för förbrukningsartiklar även för barntandvården. Självfallet har huvudmannen all rätt att kräva att en viss standard därvid upprätthålles, vilket eventuellt måste kontrolleras. På tandläkaren lärers även få ankomma att bestrida samtliga laboratoriekostnader. Huvudmannen kan tänkas fordra hyresersättning för den tid tandläkaren disponerar praktiklokalen för privatpraktik. Slutligen torde den del av nu utgående



fast lön, som avser tiden för den taxebelagda vården, komma att bortfalla. Slutresultatet skulle sålunda bli att tandläkaren endast får behålla en del av inflytande taxebelagda, men denna del skulle bli större än för närvarande, medan å andra sidan den fasta lönen skulle minska, ett resultat, som även kan uppnås med nuvarande avlöningssystem, genom överförande av en del av den fasta lönen till tantieminkomst.

Den av tandläkarförbundet antydda organisationsformen synes för övrigt endast i begränsad omfattning ha lånat sina drag från provinsialläkarinstitutionen. En närmare överensstämmelse med den senare, innebärande exempelvis att provinsialtandläkaren själv i princip skulle svara för instrumentarium och övrig utrustning samt för mottagningslokal, skulle giva anledning till ytterligare betänkligheter. Den utrustning, som erfordras för en tandläkare, är avsevärt mera omfattande och dyrbar än den, som en provinsialläkare behöver. Vid ombyte av befattningshavare å provinsialtandläkartjänst skulle därför den ekonomiska uppgörelsen mellan frånträdande och tillträdande i åtskilliga fall kunna medföra komplikationer med därav följande svårigheter för huvudmannen att besätta tjänsten. Vidare må framhållas, att anställande av provinsialtandläkare med egen praktiklokal står i mindre god samklang med de sakkunnigas tidigare uttalade uppfattning, att folktandvård icke bör meddelas å tandläkares enskilda mottagning.

Ett realiserande av tanken på provinsialtandläkare skulle sannolikt medföra tillkomsten av ett relativt stort antal smärre företagsenheter. En sådan uppläggning av verksamheten inom folktandvården strider mot den koncentration av vården till flermanspolikliniker å centralt belägna orter som — i den mån befolkningsförhållanden och kommunikationsmöjligheter så medgiva — hittills eftersträfvats vid planeringen och som icke minst från ekonomiska synpunkter visat sig ändamålsenlig. De sakkunniga vilja erinra om att i viss mån liknande synpunkter anlagts i SOU 1958: 15, Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Då här förordas att i viss omfattning nuvarande system med provinsialläkare å nästan enbart »enläkarstationer» skall ersättas med ett en-, två- och flerläkarstationssystem, anföres nämligen till förmån för en sådan anordning bland annat, att det icke kan anses rationellt att — såsom nu kan förekomma — två tjänsteläkare, som båda äro förlagda till en mindre ort — till exempel två provinsialläkare eller en provinsialläkare och en kommunläkare, som väsentligen ägnar sig åt öppen vård — ha var sin mottagning (sid. 333).

På grund av anförda omständigheter anse de sakkunniga sig icke kunna tillstyrka, att provinsialtandläkare tillföras folktandvårdsorganisationen.

### *Befordringstjänster*

Såsom en bidragande orsak till folktandvårdens rekryteringssvårigheter har framhållits det förhållandevis ringa antalet befordringstjänster inom särskilt distriktstandvården. En distriktstandläkare uppnår som regel vid jäm-

förelsevis unga år slutlöneklassen. Utsikterna att därefter erhålla högre tjänst äro tämligen begränsade. I syfte att skapa befordringsmöjligheter infördes i folktandvårdsförfattningen på förslag av 1946 års folktandvårds-sakkunniga tjänster som *förste distriktstandläkare tillika föreståndare* vid polikliniker med mer än tre anställda tandläkare. På grund av den i stora delar av vårt land ringa befolkningstätheten dominera helt naturligt inom organisationen polikliniker med en eller två tandläkare. Antalet förste distriktstandläkare utgjorde den 1 november 1959 125 stycken, att jämföra med totalt tjänstgörande 1476 tandläkare i distriktstandvård. Endast ett fåtal tandläkare kunna således räkna med att erhålla förste distriktstandläkartjänst. Förhandlingsvis har åstadkommits viss ytterligare tjänstedifferentiering på så sätt att vid sidan av lön enligt löneklass jämte eventuellt tantiem utgår särskilt *föreståndararvode* efter en glidande skala i förhållande till antalet tandläkare å de särskilda poliklinikerna.

För att möjliggöra anordnande av ökat antal befordringstjänster föreslå de sakkunniga — under erinran tillika om att avlönings- och anställningsförhållanden inom folktandvården principiellt utgör en förhandlingsfråga — att tjänst som förste distriktstandläkare skall kunna inrättas vid poliklinik, avsedd för mer än en tandläkare.

## KAPITEL VI

### Hjälpkrafter med speciell utbildning

I syfte att avlasta tandläkarnas arbetsbörda och effektivisera tandvården har i skilda sammanhang övervägts och på åtskilliga håll i utlandet inom tandvårdsarbetet — vid sidan av tandläkarnas regelmässiga hjälpkrafter, tandsköterskor och tandtekniker — prövats hjälpkrafter med särskild, i vissa hänseenden kvalificerad utbildning. Med hänsyn till frågans betydelse, främst mot bakgrunden av kravet på en vidgad profylaktisk verksamhet, anse de sakkunniga sig böra något närmare beröra vissa utländska erfarenheter på området, innan svenska förhållanden behandlas.

I *Amerikas Förenta Stater* ha länge varit verksamma s. k. dental hygienists — tandhygienister — med uppgift att avlägsna tandsten och beläggningar på tändernas fria ytor, putsa fyllningar samt undervisa i personlig munhygien. Ett trettio-tal undervisningsanstalter med vanligen två-åriga kurser sörja för utbildningen av tandhygienister. Inträdessökande skall ha genomgått »high school» (mellanskola). Enligt en uppgift från år 1950 utgjorde sammanlagda antalet tandhygienister omkring 10 000, varav omkring hälften beräknades vara yrkesverksamma. Den årliga examinationen uppskattades till omkring 1 000. Tandhygienisterna, som endast få arbeta under tandläkares överinseende, äro till övervägande delen — inemot 75 procent — anställda hos någon privatpraktiker. De lagar, som i de särskilda delstaterna reglera tandhygienisternas verksamhet, uppvisa avsevärda inbördes olikheter i sina definitioner av tandhygienistens yrkesutövning. Verksamheten är emellertid under alla förhållanden begränsad till tandläkarpraktiker, sjukhus, skolor och offentliga institutioner. Hennes huvudsakliga sysselsättning är att meddela profylaktisk behandling och undervisning i tand- och munhygien. Den profylaktiska behandlingen angives vanligen såsom rengöring av tändernas fria ytor från tandsten och beläggningar. Enligt nyare lagtexter tillåtes hon även utföra viss medikamentös behandling i munhålan såsom fluoridpensling av barnens tänder i tandröteförebyggande syfte.<sup>1</sup>

Även i *Norge* ha tandhygienister prövats. Sedan 1925 har vid tandläkarhögskolan i Oslo utbildats denna typ av hjälpkrafter, som i Norge benämnas tannpleiersker. I Norge ha tandhygienisterna erhållit en ettårig utbildning, dels teoretisk, förlagd till tandläkarhögskolan, och dels praktisk, som givits

<sup>1</sup> Uppgifter lämnade av lasarettstandläkaren G. M. Dahl i redogörelse för studieresa till USA 1954.

vid Oslo kommunala skoltandvård. Kurserna äro icke regelbundet återkommande utan anordnas sporadiskt vid behov. De i Norge utbildade tandhygienisterna ha i huvudsak vunnit anställning vid de större offentliga poliklinikerna, såsom vid Oslo och Bergens skoltandvård. För närvarande äro i Norge verksamma omkring 35 tannpleiersker, varav i Oslo ett 15-tal.

I Oslo arbeta tandhygienisterna huvudsakligen med 1) kariesundersökning och registrering samt undersökning av bett och tandkött, 2) maskinell profylax med putsning av fria ytor samt tandstensskrapning, 3) undervisning av skolbarn och mödrar i kariesprofylax avseende personlig tand- och munhygien.

Tandhygienisten har på varje skoltandklinik eget behandlingsrum med erforderlig utrustning.

Den ovanligt höga kariesfrekvensen på *Nya Zeeland* jämte det i förhållande till folkmängden ringa antalet tandläkare var orsaken till att man där 1921 beslöt att utbilda tandvårdspersonal med lägre kompetens, s. k. dental nurses, för att utföra viss tandvård på barn. Efter en tvåårig utbildningskurs anställas dental nurses i skoltandvården, som på *Nya Zeeland* omfattar barn från förskolåldern upp till 13 år. År 1950 fingo 85 % av skolbarnen tandvård. Dental nurses utföra fyllningar i amalgam och silikat, extraktioner av såväl temporära som permanenta tänder i lokalanestesi, rengöra tänderna samt undervisa i mynhygien och hålla tandvårdsföredrag för lärare, föräldrar och barn. Skiftande omdömen föreligga rörande ändamålsenligheten av dental nurse-systemet. En engelsk kommission studerade i början på 50-talet utbildningen av dental nurses och deras yrkesutövning. Avsikten var att undersöka möjligheterna att anpassa systemet till förhållandena i England. Kommissionen hävdade, att dental nurses voro tillfyllest utbildade inom området barntandvård (utom ortodonti) samt vad beträffar den psykologiska sidan av behandlingen och tekniken vid profylaxupplysning troligen bättre lämpade än vad tandläkare i allmänhet äro. — En amerikansk tandläkare, som ungefär samtidigt som den engelska kommissionen studerade dental nurse-systemet, var mera kritiskt inställd och betecknade en dental nurse icke som en tandläkare utan som en specialutbildad person, vilken lärts att mekaniskt fylla, rengöra och extrahera tänder. Han framhåller att dental nurses av myndigheterna ej anses kompetenta att taga hand om ungdomar med den motiveringen att dessa handhavas bäst av tandläkare, som äro kvalificerade att ta itu med de mera avancerade problem, vilka uppkomma i denna kategori. Man accepterar alltså starkt begränsad tandvård för barn utförd av tandvårdspersonal med mindre kvalifikationer än tandläkare, men samma sorts vård godtages ej för ungdom. Det har i annat sammanhang även framhållits att dental nurse-systemet är relativt oekonomiskt för samhället, då icke mindre än 83 % dental nurses på grund av giftermål och av andra skäl lämna yrket inom 12 år.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Jfr Sveriges Tandläkarförbunds tidning 1951 sid. 139, 283, 521.

År 1949 påbörjades i USA på federalt initiativ ett försök som avsåg att uttröna, om man inom ramen för en tvåårig tandhygienistutbildning även skulle kunna ge vederbörande tillräckliga kunskaper och träning för att preparera och fylla defekter i tänder på barn. All hygienistens framtida behandlingsverksamhet var avsedd att försiggå inom ramen för skoltandklinikerna eller av myndigheterna övervakade institutioner och under överinseende av tandläkare. Efter påtryckningar från det amerikanska tandläkarförbundet och de lokala tandläkarorganisationerna avbröts emellertid försöket, när utbildningen i konserverande tandvård pågått 3—4 månader.<sup>1</sup>

Under senaste världskriget utbildades i England tandhygienister för tjänstgöring vid armén och flygvapnet. Vidare anordnades under åren 1949—1951 försöksutbildning av ett antal tandhygienister för anställning inom offentlig tandvård (skolor och sjukhus). Enligt uppgifter, som erhållits från vederbörande myndighet i England — General Dental Council — kommer hygienistutbildningen att snart återupptagas. De engelska tandhygienisterna utföra huvudsakligen putsning, polering, tandstensskrapning och applikation av fluorider eller andra profylaktiskt verkande substanser. Tandhygienisterna anses i England ha varit till god nytta inom bl. a. den kommunala skoltandvården. Man ämnar nu i vidgad omfattning taga tandhygienister i anspråk inom såväl allmän tandvård som privatpraktik. Genom deras verksamhet väntas bristen på tandläkare bli mindre kännbar, enär en tandläkare, som biträdes av en tandhygienist, skall kunna koncentrera sig på mera kvalificerade uppgifter.

Inom ramen för National Health Service avses viss tandvård på försök skola utföras av tandläkarbiträden. Efter att ha examinerats från en tvåårig kurs skola dessa biträden under uppsikt av tandläkare utföra viss behandling på patient såsom t. ex. mjölk-tandsextraktioner, tandfyllningar inom skoltandvården, tandstensskrapning och lättare tandköttbehandling. Systemet påminner närmast om den nyzeeländska dental nurses-organisationen men synes även ha lånat vissa drag från de amerikanska dentalhygienisterna. Försöksutbildningen beräknas kunna påbörjas under senare delen av år 1960.

I Sverige har vid upprepade tillfällen diskuterats lämpligheten av att utbilda kvalificerade hjälpkrafter för att därigenom frigöra tandläkarna för mera avancerade uppgifter på tandvårdens område.

I ett år 1920 avgivet »Utlåtande och förslag angående tandläkarhögskola» togs bestämt avstånd från framkomna förslag att åt hjälpkrafter överlämna viss enklare tand- och munbehandling. Tandsköterskornas uppgift skulle vara att biträda och assistera tandläkaren i dennes verksamhet utan att direkt arbeta å patient.

I 1928 års betänkande angående ordnande av folktandvård förordades, att i folktandvården skulle anställas kombinerade tandsköterskor-tekniker,

<sup>1</sup> Jfr not å sid. 81.

varför kurserna för tandsköterskor skulle kompletteras med den ytterligare utbildning, som fordrades för tandteknisk assistans.

En allmän tandvård, omfattande både barn och vuxna, kunde enligt statens sjukvårdskommittés betänkande angående folktandvård av år 1935 icke undvara biträde av sköterska, därest tandläkarens kapacitet skulle kunna utnyttjas. Kommittén tog icke ställning till frågan huruvida tandsköterskan borde anförtros uppgifter, som falla inom ramen för enklare tandbehandling, såsom att avlägsna beläggningar och polera tänderna. Ett sådant ställningstagande borde nämligen anstå i avvaktan på vidare erfarenhet och spørsmålet bedömas med viss återhållsamhet.

I folktandvårdssakkunnigas betänkande av år 1937 anföres beträffande tandsköterskans uppgifter att hon liksom i privatpraktiken borde anförtros allmän passning under patienternas behandling. Vidkommande frågan om tandsköterskans eljest åliggande göromål anslöto sig folktandvårdssakkunniga i allt väsentligt till vad sjukvårdskommittén anfört.

Tandläkareinstitutets lärarråd uttalade i ett år 1939 avgivet »Betänkande med utredning och förslag angående utbildning av tandtekniker m. m.», att tandsköterskornas dåvarande arbetsuppgifter inom tandvården borde åtminstone tillsvidare utgöra grundval för deras verksamhetsområde och det lämnades åt framtiden att avgöra huruvida en ökad befogenhet som medhjälpare vid tandläkarkonstens utövning borde tillerkännas denna yrkesgrupp.

1944 års tandläkarutbildnings-sakkunniga ha i Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m. m. Del II. Hjälpkrafterna. (SOU 1946: 87) förklarat sig icke vilja föreslå, att den normerande utbildningen av tandsköterskor skulle avse en efter svenska förhållanden modifierad form av tandhygienister. De sakkunniga anförde vidare: »Betydligt mer komplicerat blir ställningstagandet till frågan huruvida man bör anordna fortbildning till hygienister för vissa tandsköterskor, avsedda att användas vid t. ex. större offentliga tandvårdsinrättningar. Även om de sakkunniga... hysa någon tveksamhet inför tanken att skapa två kategorier tandsköterskor med skilda kompetensområden, vilja de sakkunniga å andra sidan icke förneka, att anställande av tandhygienister vid större offentliga tandpolikliniker kan bidra till att förbilliga och effektivisera tandvården. Rekryteringshänsyn tala också obestriddigen till förmån för inrättande av en särskild tandhygienistkår, enär med en dylik differentiering av tandsköterskorna skulle vinnas förbättrade möjligheter till befordran särskilt för tandsköterskorna inom folktandvården. De sakkunniga äro icke heller främmande för att den negativa inställning till hygienistverksamheten som otvivelaktigt råder, i viss utsträckning bottnar bland annat i en felaktig uppfattning om tandhygienisternas verksamhet. Även om man bör pröva alla de möjligheter som kunna leda till en effektivisering av tandvården i Sverige, synes det de sakkunniga icke lämpligt att enbart med stöd av en icke entydig utländsk erfarenhet utan föregående praktisk erfarenhet taga bestämd ståndpunkt till frågan om hygienistutbildning. De sakkunniga vilja därför nu förorda att det ordnas en försöksverksamhet, genom vilken ett mindre antal, förslagsvis 20, tandsköterskor utbildas till tandhygienister, vilkas praktiska verksamhet och användbarhet vid offentlig tandvårdsinrättning sedermera under lämplig tidrymd studeras. Först sedan erfarenhet härom vunnits, torde tidpunkten vara inne att taga definitiv ställning till frågan om tandhygienistens plats i svensk tandvård och därmed till anordnande av ytterligare utbildningskurser.»

De sakkunniga förutsatte att tandhygienisternas uppgift skulle vara att på tandläkarens ansvar utföra

- 1) munhygienisk behandling varmed avses profylaktiska åtgärder såsom tandstensskrapning, tvättning, spolning, rengöring och polering, allt å tändernas fria ytor,
- 2) instruktions- och propagandaverksamhet rörande munhygienisk hembehandling,
- 3) enklare kariesundersökning,
- 4) puts och polering av fyllningar å tandens fria ytor,
- 5) näringsprofylaktisk propagandaverksamhet,
- 6) röntgenbildtagning.

Såsom elever vid försöksutbildningen borde antagas tandsköterskor, vilka erhållit utbildning vid tandläkarinstitutet i Stockholm eller vid Eastmaninstitutet och därefter haft mellan 2 och 5 års väl vitsordad tjänstgöring såsom tandsköterskor i offentlig tandvård. Med hänsyn till de relativt höga krav, som borde ställas på den blivande tandhygienistens allmänna standard, förordade de sakkunniga därjämte att endast tandsköterska med goda betyg i minst realexamen (eller motsvarande skolutbildning) antoges som elev. Enligt ett av de sakkunniga upprättat preliminärt förslag till studieplan för tandhygienisterna (sid. 73) borde kursen omfatta omkring 8 månader, fördelat på två terminer och cirka 1 200 kurstimmar. De sakkunniga föreslog vidare, att lämplig person skulle beredas tillfälle att i utlandet, särskilt i USA, studera utbildningen av tandhygienister samt att en tandsköterska, som sedermera skulle bli instruktionssköterska, skulle genomgå tandhygienistutbildning i USA.

I prop. 1947: 253, sid. 125, uttalade föredragande departementschefen att försök med tandhygienister i sinom tid borde göras, ehuru han icke vore beredd att för det dåvarande taga ställning till frågan. I prop. 1948: 202 erinrades om den av 1944 års tandläkarutbildnings-sakkunniga förordade försöksutbildningen av tandhygienister. Vidare omnämndes, att 1944 års kommunala tandvårdsutredning i Stockholm gjort framställning om anordnande av en dylik kurs. I propositionen anfördes vidare, att därest det skulle befinnas lämpligt att under budgetåret 1948/49 anordna berörda försöksutbildning, erforderliga kostnader torde få bestridas från anslaget till anordnande av utbildning för tandtekniker och tandsköterskor. Riksdagen framställde icke någon erinran emot vad sålunda anförts. Utbildningen av tandhygienister och därmed sammanhängande frågor berördes jämväl i 1950, 1951 och 1952 års statsverkspropositioner. I den sistnämnda (VIII p. 122) konstaterade föredragande departementschefen att försöksutbildningen ännu icke kommit till stånd och anförde vidare: Om det skulle befinnas lämpligt att studier utomlands av tandhygienistutbildning företages och försöksutbildning i anslutning till föreliggande förslag komma till stånd under nästa budgetår torde kostnaden härför liksom avsetts för innevarande budgetår få bestridas från förevarande anslag (anslaget till anordnande av utbildning för tandtekniker och tandsköterskor). Det torde få ankomma på Kungl. Maj:t att meddela erforderliga bestämmelser om försöksutbildningen och vad därmed äger samband. Under riksdagsbehandlingen framställdes ingen erinran mot Kungl. Maj:ts förslag i denna

del (Statsutskottets utl. nr 8 p. 111, Rd skr. nr 8). Sedermera har lasarettstandläkaren G. M. Dahl under år 1954 utan kostnad för statsverket studerat tandhygienistutbildningen i USA. En av Dahl upprättad rapport över studieresan har av medicinalstyrelsen med skrivelse den 14 maj 1955 överlämnats till statsrådet och chefen för ecklesiastikdepartementet, som vidarebefordrat rapporten till 1951 års tandläkarkommitté. Nämnda kommitté har i betänkande angående ändrad utbildning av tandtekniker (SOU 1958:25) uttalat, att frågan om inrättande av tandhygienistbefattningar här i landet måste anses vara av stort intresse för folktandvården och hemställt, att det av kommittén samlade utredningsmaterialet i fråga måtte överlämnas till 1957 års folktandvårdssakkunniga. De sakkunniga ha sedermera beretts tillfälle taga del av ifrågavarande material.

Vid tillkomsten av nu gällande lag den 18 maj 1951 (nr 233) om behörighet att utöva tandläkarkonsten diskuterades ingående frågan om tandläkarens hjälpkrafter och deras behörighet. Tidigare gällande författning i ämnet — 1861 års ordning för tandläkarkonstens utövning — innehöll inga bestämmelser, som reglerade de befogenheter, vilka tillkomma tandläkarnas hjälpkrafter. I praxis hade emellertid fastslagits, att de allmänna reglerna om rätten att utöva tandläkarkonsten gällde även gentemot medhjälpare och att alltså blott tandläkaren och icke någon dennes medhjälpare får arbeta direkt å patient. Denna regel har uttryckligen fastslagits i lagen. Emellertid har i 2 § lagen öppnats möjlighet för Konungen att förordna »att den som genomgått för ändamålet erforderlig utbildning må biträda behörig utövare av tandläkarkonsten med utförande av tand- och munhygienisk behandling».

Departementschefen anförde i prop. 1951:10, efter att ha erinrat om att medel anvisats till försöksutbildning av tandhygienister: Om en sådan utbildning kommer till stånd och giver gynnsamt resultat anser jag att utbildning av tandhygienister främdeles bör ske i erforderlig utsträckning. Det arbete, som de avses skola utföra — bl. a. tandstensskrapning, tvättning, spolning samt putsning och polering å tändernas fria ytor — måste väsentligt underlätta tandläkarnas arbete. Det bör beaktas att tandhygienistutbildningen avser att vara en påbyggnad på tand-sköterskeutbildning. Att av varje tandsköterska fordra sådan kompetens kan icke anses skäligt. De av Sveriges läkarförbund anförda betänkligheterna i denna del anser jag överdrivna.<sup>1</sup>

Med anledning av framkomna önskemål att hjälpkrafternas befogenheter tydligt angäves i lagen anförde departementschefen (sid. 23): »Tandhygienister och tand-sköterskor torde inom sjukvården närmast motsvaras av den i 8 § i 1915 års lag om behörighet att utöva läkarkonsten omnämnda gruppen sjukvårdspersonal. Varken i nämnda lag eller annorstädes lämnas någon definition om vad som förstås därmed. Det uttalas helt allmänt, att verksamhet som tillkommer sådan personal ej anses som utövning av läkarkonsten enligt lagen. Jag kan icke finna det nödvän-

<sup>1</sup> Läkarförbundet uttalade farhågor för att utbildningen av tandhygienister komme att försämra utsikterna att vid sjukhusen fylla det mest trängande behovet av sjukvårdspersonal. Då tandhygienisterna förmodligen företrädesvis komme att tjänstgöra vid folktandvårdspoliklinikerna kunde det lätt hända att tandvården, då mindre kvalificerad personal anlätades, ansåges vara av lägre kvalitet än annorstädes.



digt att i den nu föreslagna lagen exakt angiva vad som skall tillkomma tandhygienister och tandsköterskor. Vad tandhygienisterna angår avgränsas deras befogenheter mot tandläkarna enligt min mening tillfredsställande av att de blott ha att utföra tand- och munhygienisk behandling. I fråga om innebörden härav torde det allmänna språkbruket vara vägledande. Då Kungl. Maj:t lämnar förordnande enligt lagen kan det visa sig lämpligt att genom exemplifiering förtydliga vad som skall tillkomma tandhygienist. Uppenbart är att tandhygienist i varje fall icke skall äga rätt till väsentliga ingrepp i vitala delar».

Såsom framgår av den tidigare lämnade redogörelsen har någon försöksutbildning i Sverige av tandhygienister ännu icke kommit till stånd, trots att medel anvisats. Delade meningar torde ha rått om vilka arbetsuppgifter, som skulle tillkomma en kår av tandhygienister. Å ena sidan kunna arbetsuppgifterna icke alltför snävt begränsas om genom hygienistens verksamhet tandläkarnas arbetskraft i mera väsentlig utsträckning skall frigöras för mera kvalificerade göromål och tillika en kvalificerad utbildningsgång för hygienisterna vara motiverad. Å andra sidan måste garantier skapas för att någon kvalitativ försämring av den tandvård som lämnas befolkningen icke inträder genom att vissa på tandläkare eljest ankommande arbetsuppgifter anförtros tandhygienister.

Under senare år har frågan om tandhygienister ytterligare uppmärksamats även på det internationella planet. Sålunda har under år 1958 dental hygienists behandlats av en inom ramen för World Health Organization (WHO) tillsatt expertkommitté för hjälpkrafterna inom tandvården — Expert committee on auxiliary dental personnel. — I avgiven rapport (WHO Technical report series, 1959, 163) har denna kommitté rörande dental hygienists anfört bl. a. följande.

En tandhygienist förutsättes skola utföra sitt arbete under tandläkares överinseende och ledning. Inom den allmänna hälsovården bör tandhygienisten kunna i viss utsträckning arbeta självständigt under förutsättning att hennes (eller hans) arbete ingår i det arbete, som utföres av ett inom hälsovården samverkande arbetslag. Tandhygienister anses erhålla sin största betydelse på den förebyggande tandvårdens område.

Tandhygienistens huvudsakliga arbetsuppgifter beskrivas sålunda:

1. Rengöring av tänder.
2. Avlägsnande av tandsten.
3. Undervisning i munhygien, individuellt och gruppvis.
4. Munrengöring efter anvisning av tandläkare, innan denne utför behandling.
5. Anbringande å tandytorna av fluorider eller andra profylaktiskt verkande lösningar.
6. En första undersökning av munstatus hos vissa patientgrupper, såsom skolbarn, vissa anställda eller andra, som därefter hänvisas till tandläkare för behandling .
7. Då det gäller skolbarn bör samarbete äga rum med de lokala hälsovårds-

organen i syfte att säkra fullföljandet av råd eller behandling som lämnats. För att erhålla bästa effektivitet i detta hänseende böra utbildningsplaner för distriktssköterskor och jämställda även innefatta viss kännedom om tandhygien ävensom angående kostens betydelse för tandsjukdomarna.

Expertkommittén erinrar om att en kår av tandhygienister under många år varit verksam i USA och håller före, att en sådan kår förmodligen skall visa sig användbar i andra länder, vilka redan ha en organiserad tandvård, som genom kvalificerade tandläkare ger god täckning för befolkningens nödvändigaste behov av tandvård. Tandhygienisten har en dubbel uppgift, dels som biträde åt praktiserande tandläkare, dels som medlem av det arbetslag som samverkar inom den allmänna hälsovården.

Ehuru i länder, där tandhygienister äro verksamma, utbildningen för närvarande tar två till fyra år i anspråk, anser expertkommittén en minimi-tid av ett år tillfyllest för de länder, som önska tillföra sin hälsovårdsorganisation dylika hjälpkrafter.

Rörande utbildningens omfattning föreslås följande ämnen skola ingå i undervisningsplanen för tandhygienister.

1. Grunddragen av människokroppens byggnad och funktioner, speciellt med hänsyn till munhålan.
2. Närmare kännedom om tuggapparaten och dess stödjevådnader, inbegripet tändernas makroskopiska och mikroskopiska byggnad.
3. Grundläggande kemiska och bakteriologiska principer som underlag för förståelsen av tandkaries uppkomst samt en framställning av förebyggande åtgärder av skilda slag.
4. Kortfattad redogörelse för de kemiska egenskaperna hos de ämnen, som användas av tandläkare, från synpunkten av ämnenas botande och förebyggande verkningar.
5. Det kliniska tillvägagångssättet vid munhygienisk behandling och anbringande av medikamenter på tandytorna samt undervisning av patienten vid stolen i tandborstningsteknik och tandhälsans principer. Avsevärd tid bör ägnas åt dessa avsnitt av kursen.
6. Kortfattad redogörelse för munhålan vanligaste sjukdomar med inriktning särskilt på sådana sjukdomar, som kunna förebyggas eller hållas under kontroll.
7. Grundläggande principer inom hygien, allmän hälsovård, födoämneslära och ekonomi i den mån de sammanhånga med den allmänna tandhälsovårdens problem.
8. Etiska normer och författningskännedom.
9. Metoder och demonstrationsmaterial för fostran till tandhälsa att begagnas i skolor, hälsocentraler, industriföretag och privatpraxis, användningen av audiovisuella hjälpmedel, journalföring och kontrollundersökningar, förberedelser till och framförande av föredrag inför grupper med varierande bildningsnivå.

### De sakkunniga

1957 års folktandvårdssakkunniga vilja förorda, att planerad försöksutbildning av tandhygienister nu kommer till stånd. Främst inom folktandvården bör prövas, huruvida icke sådana befattningshavare skulle ha en uppgift att fylla, särskilt på den förebyggande tandvårdens område. Tandhygienister böra i första hand anställas vid ett antal större tandvårdspolikliniker. Tandhygienisten förutsättes skola ha en fast arbetsplats med erforderligt instrumentarium på polikliniken, även om hennes verksamhet i viss utsträckning kommer att försiggå utanför mottagningslokalen, exempelvis i skolor och patienternas hem. De viktigaste arbetsuppgifterna utgöras av munhygienisk behandling samt instruktions- och upplysningsverksamhet. Anbringande å tandytorna av fluorider och eventuellt andra profylaktiskt verkande medel kan väntas bli en annan viktig arbetsuppgift för tandhygienisten. I sitt arbete bör hon vinnlägga sig om att väcka såväl barnens som dessas föräldrars intresse och samarbetsvilja.

Bland de åtgärder, som närmast sammanhännga med den munhygieniska verksamheten, kan nämnas tandstensskrapning, putsning och polering av tandytor. Det synes emellertid tveksamt om något är att vinna med att låta tandhygienisten utföra putsning av färdiga fyllningar. Liksom hittills torde den behandlande tandläkaren i regel själv böra utföra även detta arbetsmoment, då han ju därigenom bl. a. får tillfälle att ägna varje enskild fyllning en sista kontroll. Däremot kan det visa sig lämpligt att tandhygienisten ombesörjer preliminär kariesregistrering å barnen klassvis eller inom andra grupper. Därest inom ett huvudmannaoområde särskild befattningshavare som biträde åt tandvårdsinspektör skulle anställas, (jfr sid. 59) kan vara ändamålsenligt att till den förres förfogande ställa en tandhygienist, eventuellt med partiell tjänstgöring, såsom medhjälpare bl. a. vid föredrag och demonstrationer.

För utbildningen av tandhygienister böra de kunskapsfordringar som upp tagits i förut återgivna expertutlåtanden från WHO kunna bli vägledande även för svenska förhållanden. Utbildningsplanen bör uppläggas med särskilt beaktande av att de blivande tandhygienisterna främst äro avsedda att tillgodose folktandvårdens, enkannerligen barntandvårdens behov och med tyngdpunkten lagd på profylaktiska frågor.

Försöksutbildningen av tandhygienister bör enligt de sakkunnigas mening utformas som en påbyggnad å den statliga tandsköterskeutbildningen. Kvalificerade tandsköterskor skulle efter viss tids — 2 å 4 år — väl vitsordad tjänstgöring uttagas för vidareutbildning till tandhygienister. Antalet kursdeltagare bör i en första omgång begränsas till ett trettiotal. Utbildningen torde med hänsyn till förutsatta förkunskaper och med en rationell uppläggning kunna medhinnas på kortare tid än ett år. De sakkunniga ha icke ansett sig böra framlägga någon detaljerad utbildningsplan. Förslag till sådan plan torde efter anmodan böra uppgöras av medicinalstyrelsen

efter samråd med lärarkollegiet vid någon av tandläkarhögskolorna. Vid valet mellan olika tänkbara förläggningsorter för en kurs avseende utbildning av tandhygienister ha de sakkunniga funnit sig böra förorda Göteborg, där kursen bör förläggas i anslutning till därvarande statliga tand-sköterskeskola. De sakkunniga ha härvid bl. a. tagit hänsyn till att lärarpersonal och lokalutrymmen vid tandläkarhögskolorna genom de stora studentkullarna äro hårt tagna i anspråk. Enligt inhämtade uppgifter finnas i Göteborg erforderliga lärarkrafter att tillgå, och behövliga undervisnings- och andra lokaler kunna ställas till förfogande dels vid tandsköterskeskolan och dels inom stadens folktandvård.

De sakkunniga hysa den uppfattningen, att tandhygienister med en efter svenska förhållanden lämpad utbildning kunna få en viktig uppgift att fylla inom folktandvården. Genom tandhygienistens medverkan å de större poliklinikerna bör framför allt barntandvården kunna rationaliseras och tandläkarnas arbetskraft i viss utsträckning frigöras för mera kvalificerade uppgifter utan att kvalitetskravet på meddelad tandvård eftersättes.

Å andra sidan vilja de sakkunniga taga avstånd från de förslag som vid olika tillfällen framkommit att öka folktandvårdens kapacitet genom att från tandläkarens yrkesområde — utöver munhygienisk och profylaktisk behandling — avskilja jämväl andra prestationer. De områden inom tandvården, som i sammanhanget diskuterats, avse dels enklare tandfyllning, särskilt inom barntandvården, och dels utförande av vissa protetiska arbeten i patientens mun. De sakkunniga anse en närmare diskussion av förevarande spörsmål överflödigt och vilja endast hänvisa till följande uttalande av 1946 års folktandvårdssakkunniga (SOU 1948: 53, sid. 52):

Den ibland framkastade tanken att en del av folktandvårdens uppgifter skulle kunna övertagas av personal med mindre kvalificerad utbildning måste avvisas. Om folktandvården skall kunna fylla sin betydelsefulla uppgift, får den icke framstå såsom i något avseende mindervärdig. Den måste vara mäktig att lämna all den kvalificerade tandvård, som den vårdsökande kan ha möjlighet att erhålla utanför folktandvårdens ram.

Vad särskilt angår de s. k. dental nurses kan konstateras, att de på Nya Zeeland, där de först introducerades, samt inom en del asiatiska stater synas ha gjort en god insats. Det bör emellertid observeras, att en dental nurse för sitt arbete behöver lokal och utrustning av i huvudsak samma slag som en tandläkare. Helst bör hon även assisteras av en tandsköterska för att hennes arbetskraft skall ordentligt utnyttjas. Vidare skall hennes arbete noggrant följas och kontrolleras av en tandläkare. Med hänsyn härtill och med tanke på att avgången från yrket kan beräknas bli ganska betydande att döma av erfarenheterna från utlandet och erfarenheterna från sjuksköterskeyrket i Sverige, lärer systemet knappast innebära någon besparing vare sig ifråga om arbetskraft eller penningar.

## KAPITEL VII

### Ungdomstandvård och mödrahjälpstandvård

#### Ungdomstandvård

Inledningsvis har redogjorts för barntandvårdens organisation inom folk-tandvården. Barntandvården upphör med utgången av det kalenderår, var- under vederbörande fyller 15 år. Samstämmiga odontologiska erfarenhe- ter visa, att bettet under de senare ungdomsåren är utsatt för stor förstöring. Talrika exempel finnas på, hur individer med förut praktiskt taget oför- stört bett fått detta raserat under 16—19-årsåldern. Tandvårdens åsidosät- tande under dessa för tandbeståndet viktiga år omintetgör i stor utsträck- ning vinsterna av den under skolåren lämnade och av det allmänna bekost- ade tandvården.

Av 1946 års folktandvårdssakkunniga påtalades också som en väsentlig brist hos folktandvårdsorganisationen, att den ej hade möjlighet att på ett effektivt sätt ta sig an tandvården för ungdom över 15-årsåldern. I och med skolpliktens upphörande släpper folktandvården det grepp, som den dittills haft om klientelet. Den kontakt, som därefter uppehålles med folktandvården, sker på den vårdsökandes eget initiativ. De sakkunniga ansågo, att man borde skapa möjlighet för folktandvården att behålla fortlöpande kontakt med klientelet även efter skolåldern och föreslogo därför att den övre grän- sen för barntandvården flyttades från 15 år till och med det år, då den vård- sökande fyllde 19 år, och att sålunda ungdomstandvården skulle inordnas under i huvudsak samma regler, som gällde för barntandvården. Härav för- orsakade ökade kostnader för det allmänna borde ses mot bakgrunden av minskade kostnader för mödrahjälpstandvården och tandvården för militär- personal. I samband med införande av organiserad barntandvård förutsattes att tandläkarnas arbetstid i barn- och ungdomstandvård skulle utgöra mel- lan 60 och 70 procent av den sammanlagda arbetstiden, att jämföra med tidigare för barntandvården fastställda minst 1 000 timmar årligen, mot- svarande omkring 52,6 procent av den totala behandlingstiden.

I folktandvårdspropositionen till 1950 års riksdag (nr 84) avvisades för- slaget om utvidgning av den taxefria barntandvården till att omfatta åld- rarna 16—19 år. Ungdomsklienteletets ringa anslutning till folktandvården ansågs bero mindre på behandlingsavgifternas storlek än på att kontak- ten med vederbörande genom kallelser icke upprätthölls. I princip uttalade sig föredragande departementschefen för införande av en organiserad ung-

domstandvård med bibehållande i stort sett av gällande grunder för ersättningen. Under hänvisning till rådande personalbrist och befarad ogynnsam inverkan på rekryteringen och andra olägenheter kunde departementschefen icke förorda någon minskning av den på vuxentandvården belöpande andelen av behandlingstiden. Ungdomarna borde alltså även framgent behandlas på den för vuxentandvården anslagna tiden mot avgifter enligt folktandvårdstaxan med rätt till 25 procents nedsättning. Någon generell förtursrätt ansåg departementschefen icke böra införas för ungdomstandvården.

Under riksdagsbehandlingen väcktes motioner om förtursrätt för ungdom. I en av motionerna föreslogs, att i stället förtursrätten för mödrahjälpssklientelet skulle upphävas. Härom anförde statsutskottet i sitt av riksdagen godkända utlåtande (1950: 166):

»Ur odontologiska synpunkter anses tandvården för ungdomar vara av större betydelse än den vård, som lämnas blivande eller nyblivna mödrar. Vägande skäl tala även enligt utskottets mening för de sakkunnigas och motionärernas förslag om förtursrätt för ungdomstandvård. Det synes icke rationellt, att den behandling, som givits barn i skolåldern, efter kort tid kan gå till spillo genom att ungdomen icke har tillfälle att fortsätta tandvården efter 15 års ålder. Folktandvårdens nuvarande organisation torde emellertid enligt utskottets mening icke vara tillräcklig för att vård med förtur skall kunna meddelas såväl ungdomen som mödrahjälpssklientelet. Utskottet är icke f. n. berett att förorda någon ändring i nu nämnda avseende av bestämmelserna om folktandvård för sistnämnda klientel och kan icke heller tillstyrka att vård med förtur lämnas samtliga mödrar.

Om — — — de privata tandläkarna i större utsträckning kunna övertaga vården av mödrahjälpssklientelet anser utskottet — i anslutning till vad i nyssnämnda motioner anförts — det önskvärt, att på vissa därför lämpade orter försök göres med organiserad ungdomstandvård, innebärande förtursrätt till behandling med regelbundna intervaller.»

I motioner till 1957 års riksdag (I: 61 och II: 64) föreslogs bl. a. att i princip barn- och ungdomstandvården skulle i en första etapp successivt utbyggas med början från sex-årsåldern. Först när denna utbyggnad skett och den förebyggande tandvården fortskridit så långt, att den infriat förhoppningarna om resultat i form av reducerad kariesfrekvens och därigenom minskat det relativa behovet av konserverande tandvård, kunde tid bli över i större utsträckning för vård åt vuxna. Att en utbyggnad av barn- och ungdomstandvården enligt ovan måste ske på viss temporär bekostnad av tandvården för vuxna vore naturligtvis beklagligt, men kunde till fullo motiveras av att vården av barnens och ungdomens tänder är den grundläggande och därmed den ojämförligt viktigaste. Av statsmakterna anbefalld kariesprofylaktisk verksamhet och ökad examination av tandläkare kunde naturligen först så småningom väntas ge önskad effekt. Mera omedelbart verkande åtgärder borde övervägas, framför allt utökande av behandlingstiden för barn- och ungdomstandvården på viss bekostnad av tiden för vuxentandvård genom att särskilt ungdomstandvården (16—19-åringar) gäves företräde under behandlingstiden för vuxna.

I motion I: 18 till samma riksdag hemställdes om sådan ändring i gällande författning, att ungdom i åldern 16—19 år erhöle förtursrätt vid folktandvårdspoliklinikerna.

Allmänna beredningsutskottet framhöll i sitt av riksdagen godkända utlåtande (nr 23) att frågan om förtursrätt erbjöde svåra avvägningsproblem — svarare ju mer begränsade folktandvårdens resurser vore. Utskottet förklarade sig finna en effektiv tandvård för barn och ungdom vara av största vikt men ville understryka angelägenheten av att förbättringar härutinnan icke skedde på bekostnad av mödratandvården.

### **Mödrahjälpstandvård**

Vid övervägande av möjligheterna att inom folktandvårdens ram anordna en organiserad ungdomstandvård måste även beaktas mödrahjälpstandvårdens ställning inom folktandvården. De sakkunniga ha därför funnit sig i förevarande sammanhang böra något närmare beröra sistnämnda form av tandvård.

Enligt gällande bestämmelser behandlas inom folktandvården under den för annan tandvård än organiserad barntandvård anslagna tiden med förtur — förutom akuta fall — mödrahjälppatienter, dock att medicinalstyrelsen, när särskilda skäl därtill äro, äger för visst tandvårdsdistrikt föreskriva, att mödrahjälpsklientelet icke skall behandlas med förtursrätt.

1946 års folktandvårdssakkunniga uttalade, att mödrahjälpstandvårdens sociala karaktär gjorde det naturligt, att den infogades inom folktandvårdens ram, men föreslogo, att förtursrätten, vilken vållat besvär och från skilda håll föranlett klagomål, skulle upphöra.

I prop. 1950: 84 anfördes, att förtursrätten borde bibehållas; möjligheten att medgiva undantag härifrån borde tidsbegränsas och som regel endast förekomma i sådana fall, där mödrahjälpklientelet tandvårdsbehov på annat sätt kunde tillgodoses. Medicinalstyrelsen har hittills icke ansett något sådant fall föreligga, där detta kunnat ifrågakomma.

Mödrahjälpen, vilken infördes år 1938, nådde sin största omfattning under mitten av 1940-talet, då i runt tal 65 000 mödrar erhöle understöd i samband med havandeskap och barnsbörd. Därefter har en oavbruten minskning ägt rum. Antalet beviljade ansökningar utgjorde år 1957 omkring 17 000. Minskningen torde intill år 1955 i huvudsak bero på den allmänna inkomststegringen, vilken medfört att allt flera mödrar kommit att passera de inkomstgränser, över vilka bidrag ej kan utgå. Härefter fortgående minskning är dessutom och väsentligen att tillskriva moderskapsförsäkringens införande. När grundpenningen vid denna försäkringsform fastställdes till 270 kronor, innebar detta för det stora flertalet mödrar en fördubbling av den generella hjälpen vid barnsbörd. I samband med denna ökning skärptes normerna för behovsprövningen vid handläggningen av mödrahjälpansökningar. Vidare ha förvärvsarbetande mödrar i väsentligt

mindre utsträckning än förut kommit i åtnjutande av mödrahjälp, eftersom tilläggspenningens belopp avräknas från det mödrahjälpsbelopp, som skulle ha tillkommit sökanden, om moderskapsförsäkringen icke funnits.

I följande tabell har sammanförts uppgifter för åren 1946, 1950, 1956 och 1957 angående antalet beviljade ansökningar om mödrahjälp, antalet bidrag till tandvård samt antalet fullständigt behandlade vuxna inom folktandvården.

Tabell 7

År	Beviljade mödrahj.ans.	Därav bidrag till tandvård		Antalet fullst. beh.vuxna i ftv.
		Antal	%	
1946.....	65 200	29 300	44,9	63 000
1950.....	45 000	19 000	42,2	85 000
1956.....	17 600	8 200	46,8	178 000
1957.....	17 000	8 300	48,9	184 000

Av tabellen framgår, att antalet mödrar, som erhållit bidrag till tandvård år 1957, utgör mindre än en tredjedel av antalet 1946, medan samtidigt folktandvårdens kapacitet inom vuxentandvård år 1957 blivit i det närmaste tre gånger större än 1946. Fullständiga uppgifter saknas angående antalet inom folktandvården behandlade mödrahjälpsspatienter. En år 1956 företagen stickprovsundersökning, avseende förhållandena under år 1955 inom Malmöhus och Älvsborgs län, utvisade emellertid, att inemot 80 % av mödrahjälpsspatienterna undergått behandling å folktandvårdspoliklinik. Därest uppgifterna från nämnda båda län antagas representativa för landet i dess helhet och tillämpliga även åren 1956 och 1957 skulle sålunda sistnämnda båda år bland det vuxna klientelet, som undergått fullständig behandling endast ungefär var tjugofemte patient ha varit en mödrahjälpsspatient.

Förtursrätten för mödrahjälpssklientelet sammanhänger med det i mödrahjälpssförordningen uppställda kravet på att tandvård, för vilken bidrag beviljas, skall vara avslutad inom nio månader efter nedkomsten, vilken bestämmelse i sin tur får antagas grundad på uppfattningen att fosterutvecklingen och efter nedkomsten amningen i hög grad påverkas av moderns förmåga att tillgodogöra sig intagen föda och hennes hälsotillstånd i övrigt. Med hänsyn härtill har det ansetts av vikt, att erforderliga munsaneringsåtgärder vidtagas skyndsamt. Emellertid har å andra sidan framförts åsikten att såväl fosterutvecklingen som laktationen endast i ringa mån påverkas av moderns tandstatus. Ur odontologisk synpunkt skulle det vara väl så angeläget att hejda tandförstörelsen hos det uppväxande släktet som att utföra i och för sig behövliga munsaneringar på blivande och nyblivna mödrar. Det har även framhållits att, därest tandvården för havande kvinnor och nyblivna mödrar vore så viktig, konsekvensen syntes bjuda att alla kvinnor i denna situation bereddes förtursrätt inom folktandvården och icke blott mödrahjälpsspatienterna.



Med hänsyn till att såsom ovan framhållits mödrahjälp tandvården numera utgör en såväl absolut som relativt mycket måttlig del av vuxentandvården ha de sakkunniga icke funnit anledning att nu ompröva frågan om förtursrätt för mödrahjälp patienterna.

### Förtur för ungdom

Av helt annan storleksordning är frågan om förtursrätt inom folktandvården för ungdomsklientelet. Antalet ungdomar i åldrarna 16—19 år kan vid slutet av år 1958 beräknas ha uppgått till inemot 400 000. Under de närmast följande åren väntas antalet stiga och omkring åren 1962—63 uppgå till omkring 500 000. Härefter har man att enligt prognoser, som genom statistiska centralbyråns försorg tillhandahållits de sakkunniga, emotse en successiv nedgång till (år 1980) drygt 400 000. Inom en organiserad ungdomstandvård bör man kunna påräkna ett deltagande av 40—60 procent. Den årliga tidåtgången vid systematisk behandling inom dessa åldrar torde för närvarande kunna uppskattas till 2,5 timmar. Profylaktiska åtgärder, ledande till en minskad kariesfrekvens, och måhända förbättrade behandlingsmetoder kunna komma att nedbringa den genomsnittliga behandlingstiden. Alternativt räknas därför här nedan (tab. 8) med en behandlingstid av 2 timmar. Sålunda gjorda antaganden angående deltagandefrekvens och behandlingstider motsvara för 400 000 individer en sammanlagd tidåtgång för en organiserad ungdomstandvård varierande mellan 320 000 och 600 000 timmar.

Tabell 8

Deltagande %	Antal pat.	Behandlingstid	
		2 t:r	2,5 t:r
40 .....	160 000	320 000	400 000
50 .....	200 000	400 000	500 000
60 .....	240 000	480 000	600 000

Då år 1958 vuxentandvårdens andel i folktandvårdens totala arbetstid utgjorde omkring 880 000 timmar, skulle sålunda en organiserad ungdomstandvård med 50-procentig tillslutning ha krävt mer än hälften av hela arbetstiden i vuxentandvård. Skulle ytterligare tillslutning erhållas, komme tydligen ännu större del av vuxentiden att tagas i anspråk.

En organiserad ungdomstandvård torde icke kunna genomföras utan att ifrågavarande patientkategori medges rätt till behandling med förtur inom folktandvården. Ätminstone huvuddelen av den för ungdomstandvården erforderliga behandlingstiden finge tagas från den tid, som avses för behandling av vuxna patienter. Därest samtliga aktuella årsklasser skulle behandlas med förtur, bleve tydligen möjligheterna att bereda tandvård åt övriga vuxna patienter — fränsett mödrahjälp klientelet — i hög grad

kringskurna. Mot bakgrunden av hittills vunnen erfarenhet torde det vara orealistiskt att räkna med en så omfattande nyrekrytering av tandläkare till folktandvården, att såväl en organiserad ungdomstandvård som den övriga vuxentandvården skulle kunna behörigen tillgodoses; införande av generell förtursrätt för ungdomsklientelet skulle i själva verket innebära ett uppgivande av principen att folktandvården skall stå öppen för alla åldrar och samhällsklasser.

Visserligen har framförts tanken, att den av allmänna medel understödda tandvården i allt väsentligt skulle begränsas till barn och ungdom samt socialklientel. Oavsett att enligt de sakkunnigas uppfattning principiella skäl tala häremot, synes en sådan anordning svårligen kunna praktiskt genomföras. Om den egentliga vuxentandvården inom folktandvården bringas att upphöra eller mera avsevärt begränsas, torde rekryteringssvårigheterna bli ännu mer framträdande än för närvarande. Vuxentandvården är nämligen enligt utbredd uppfattning inom tandläkarkåren mera intresseväckande och stimulerande än barntandvård samt — genom avlöningssystemets utformning med rätt till tantiem på inarbetat taxebelopp — mera inkomstbringande. Erfarenhetsmässigt äro de s. k. blandade tjänsterna, omfattande såväl barntandvård som vuxentandvård, de mest attraktiva. Ur samhälls-ekonomisk synpunkt bör även beaktas, att den förhållandevis låga folktandvårdstaxan åtminstone på längre sikt kan antagas i en för de vård-sökande gynnsam riktning påverka prisutvecklingen inom den privata sektorn. Man kan ej heller förbise, att framför allt i glesbygder, där förutsättningar saknas att med ekonomiskt tillfredsställande resultat driva privatpraktik, folktandvården många gånger representerar befolkningens enda möjlighet att erhålla tandvård utan kostsamma och tidsödande resor till privatpraktiserande tandläkare.

Även med allt beaktande av de synpunkter, som framförts till förmån för en intensifierad ungdomstandvård, anse de sakkunniga sig av nu anförda skäl icke böra föreslå anordnande av en med generell förtursrätt förenad organiserad ungdomstandvård inom ramen för folktandvårdens *vuxentandvård*.

Det återstår då att undersöka frågan, huruvida under tid, som är anslagen till organiserad *barntandvård*, man skulle i någon utsträckning kunna tillgodose ungdomarnas tandvård. På vissa orter te sig möjligheterna härtill åtminstone i dagens läge närmast obefintliga, medan på andra håll, där barntandvårdens samtliga klasser medhinnas, en begränsad ungdomstandvård bör kunna medhinnas. De sakkunniga ha därför, ehuru under stor tvekan, ansett sig kunna förorda att den organiserade barntandvården utsträcker till att i princip omfatta jämväl 16-åringarna. De sakkunnigas ställningstagande har påverkats även av den omständigheten att skolplikten tenderar att utsträckas till att omfatta även åldersgruppen 16 år. Barntandvårdens nu gällande övre gräns torde ha fastställts

till 15 år bl. a. på grund av denna tandvårds nära anknytning till skolgången. Skolklasserna ha regelmässigt bildat de enheter, som ingått i den organiserade tandvården. Det har då framstått såsom naturligt att låta barntandvården i första hand omfatta de årsklasser, som obligatoriskt deltaga i skolundervisningen. Enhetskolans successiva genomförande och därmed skolpliktens utsträckande till ett nionde skolår aktualiserar därför särskilt 16-åringarnas tandvård. Det stora flertalet ungdomar kommer nämligen att tillbringa åtminstone en del av sitt sextonde levnadsår i enhetskolans högsta klass. 16-åringarna förutsättas skola erhålla tandvård på samma villkor som sina yngre kamrater, d. v. s. utan kostnad för den vårdsökande, men mot årlig avgift av primärkommunen och med rätt för huvudmannen att uppbära statsbidrag. Genom de rekryteringsbefrämjande åtgärder som föreslås, främst möjligheterna att anordna deltidstjänster, är det de sakkunnigas förhoppning att, åtminstone i viss utsträckning, 16-åringarnas tandvård skall kunna tillgodoses. Det synes icke tillrådligt att genom tvingande bestämmelser öka barntandvårdens andel i totala behandlingstiden utöver gällande *minst* 55 procent.

Ungdomar i åldrarna 17—19 år bli liksom hittills jämställda med folk-tandvårdens övriga vuxenklientel. Enligt de sakkunnigas mening är intet att vinna med att på papperet skissera en organiserad ungdomstandvård, som vid en realistisk bedömning skulle visa sig ogenomförbar inom överskådlig tid. Det är dock att hoppas, att i en framtid — till följd av exempelvis gynnsamma rekryteringsförhållanden och minskad kariesfrekvens — tillgängliga resurser skall medgiva, att ungdomarna omhändertagas bättre än vad för närvarande synes möjligt. Givetvis är det icke uteslutet att på enstaka platser tandvårdssituationen redan nu är så gynnsam, att förtursberättigad ungdomstandvård skulle kunna genomföras. Medicinalstyrelsen bör därför inrymmas befogenhet att efter framställning från vederbörande huvudman medgiva, att inom visst tandvårdsdistrikt för begränsad tid ungdomar tillhörande årsklasserna 17—19 år må behandlas med förtur. Om så finnes lämpligt, kan vid en sådan organiserad ungdomstandvård början göras med 17-åringarna, varefter förtursrätten successivt kan utsträckas till att omfatta även de två följande årsklasserna.

#### **Nedsatt taxa för ungdomstandvård**

Enligt 15 § 3. i statsbidragskungörelsen äger vårdsökande, som under det kalenderår, då han fyllt 15 år, undergått systematisk behandling inom folk-tandvården, efter utgången av nämnda år till och med utgången av det år, varunder han fyller 19 år, åtnjuta nedsättning med 25 procent å de enligt folktandvårdstaxan utgående avgifterna, under förutsättning att han underkastar sig systematisk behandling. Det är huvudmannen obetaget att medgiva ifrågakvarande ungdomar högre rabatt än motsvarande 25 procent.

Till grund för gällande folktandvårdstaxa ligger ett av medicinalstyrelsens

taxedelegation i maj 1957 avgivet förslag. Delegationen framhöll bl. a. att meddelandet av 25 procents rabatt åt viss patientkategori påverkade frågan om kostnadstäckningen genom inflytande avgifter, och anförde vidare:

»De rabattberättigade ungdomarnas behandling kräver för närvarande en förhållandevis ringa del av den tid, som ägnas åt den taxebelagda behandlingen inom folktandvården, och kostnader, som huvudmännen förorsakas genom inkomstbortfallet, äro därför än så länge totalt sett tämligen små. Allteftersom folktandvården utbygges torde det emellertid få förutsättas, att även ungdomstandvården får en större omfattning och därmed får rabatten en ökad ekonomisk betydelse för huvudmännen. Av principiella skäl anser delegationen, att kostnaden för rabatten till ungdomsklientelet icke bör täckas genom att inräknas i de kostnader för den taxebelagda vården, vilka skola uttagas av klientelet genom avgifter enligt folktandvårdstaxan. I likhet med kostnaderna för barntandvården bör dessa kostnader bäras av det allmänna och fördelas mellan staten, landstingen och kommunerna. Huvudmännen böra sålunda bl. a. tillerkännas statsbidrag för sina kostnader för rabatten, i princip efter samma grunder som till kostnaderna för barntandvården.»

I utlåtandet med anledning av motionerna I: 77 och II: 73 till 1957 års riksdag (jfr sid. 102) gav svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation uttryck åt uppfattningen, att kostnaderna för subventionering av ungdomsklientelet borde fördelas efter samma principer som kostnaderna för den avgiftsfria barntandvården, och förordade därför, att statligt bidrag till dessa kostnader tillerkändes huvudmännen, därvid huvudman, som för ifrågavarande klientel beviljade större nedsättning än den i författningen föreskrivna, borde äga uppbära ett i motsvarande mån förhöjt statligt bidrag.

Antalet inom folktandvården fullständigt behandlade ungdomar i åldern 16—19 år utgjorde åren 1955, 1956 och 1957 respektive 22 550, 23 300 och 27 960, motsvarande 13,6, 13,1 och 15,2 procent av samtliga under dessa år fullständigt behandlade patienter i åldern över 15 år. Den genomsnittliga kostnaden för systematisk behandling av ungdomsklientelet torde kunna uppskattas till 80 à 100 kronor per individ och år. Nedsättningen med 25 procent motsvarar då för huvudmännen en kostnad av 20—25 kronor per ungdom eller för hela ungdomstandvården för närvarande omkring 600 000 à 700 000 kronor.

Enligt *de sakkunnigas* mening kan ifrågasättas, huruvida den rabatterade taxan har någon större uppgift att fylla. Om, såsom de sakkunniga förordat, 16-åringarna inlemmas i den organiserade barntandvården, återstår årsklasserna 17—19 år. Ungdomar tillhörande dessa årsklasser åtnjuta ofta inkomster av förvärsarbete och ha därjämte sällan någon försörjningsplikt, varför de i stor utsträckning borde själva kunna helt bekosta sin tandvård.

Å andra sidan talar för bibehållande av nedsättningen, att tandvårdskostnaderna kunna bli betungande för ungdomar, som efter slutad skolgång ägna sig åt kvalificerande yrkesutbildning och sålunda under nu aktuella levnadsår som regel sakna nämnvärda inkomster.

Det är svårt att bedöma i vad mån taxenedsättningen haft avgörande betydelse för att stimulera ifrågavarande årsklasser till deltagande i systematisk tandvård. Anslutningen har hittills varit förhållandevis ringa. I den mån folktandvården erhåller resurser att taga emot ungdomen, torde till önskad anslutning verksamt bidra till upplysning i förening med individuella kallelser.

Med hänsyn till att förmånen av tandvård till nedsatt taxa stått ungdomen till buds alltsedan folktandvårdens tillkomst synes det dock i allt fall mindre välbetänkt att nu upphäva bestämmelsen härom. Däremot saknas enligt de sakkunnigas mening anledning att genom tvingande bestämmelse höja utgående rabatt.

De sakkunniga förorda emellertid att rätt till systematisk behandling mot nedsatt taxa skall föreligga, oavsett huruvida den vård sökande tidigare undergått behandling inom folktandvården. Härigenom kan visserligen beträffande patienter med höggradigt försummat bett den första saneringen föranleda ett relativt stort inkomstbortfall för huvudmännen. Å andra sidan vinnes fördelen att kostnaderna för hithörande fall kunna debiteras enhetligt vid poliklinikerna. Man behöver sålunda icke, såsom för närvarande, undersöka huruvida och i så fall när varje särskild patient tidigare erhållit systematisk behandling. Den föreslagna uppsjukningen av rabattbestämmelserna kan även tänkas bidra till ökad anslutning till ungdomstandvården.

Frågan, huruvida kostnaden för den nedsättning, som medges inom ungdomstandvården, skall helt bäras av huvudmännen eller till någon del bestridas av annan, behandlas lämpligen i förevarande sammanhang. Såsom tidigare framhållits är det i dagens läge fråga om relativt ringa belopp. I den mån ungdomstandvården erhåller ökad omfattning kunna visserligen de framtida kostnaderna komma att icke oväsentligt stiga. Kostnaden torde dock näppeligen bli av sådan storleksordning att den spelar någon avgörande roll i jämförelse med huvudmännens kostnader för folktandvården i övrigt, framför allt då för barntandvården. Om man eftersträvar enklast möjliga bidragsbestämmelser, synes det även vara till fördel om såväl statsbidragsgivningen som det primärkommunala bidraget till folktandvården liksom hittills kan koncentreras till barntandvården.

## KAPITEL VIII

### Statsbidrag till folktandvården

#### Gällande bestämmelser

Beträffande statsbidrag till *landstingskommun* stadgas i 16 § statsbidragskungörelsen:

»1. Statsbidrag utgår till utrustning av varje distriktstandpoliklinik, som ingår i folktandvårdsplanen, med tretusen kronor och, om mer än en tandläkare skall vara där anställd, med ettusentrehundra kronor för varje ytterligare sådan tandläkare, samt beträffande de i folktandvårdsplanen upptagna annexandpolikliniker och ambulatoriska polikliniker, med ettusen kronor för envar sådan poliklinik.

2. För varje barn, som enligt 15 § 1 och 2 mom. inom visst landstingsområde erhållit systematisk behandling mot fastställd årsavgift, utgår, där den årliga behandlingen avslutats, driftbidrag till landstinget med sexton kronor om året till och med det kalenderår, under vilket barnet fyllt femton år»

Till stad, som ej tillhör landstingskommun utgår enligt 22 § förenämnda kungörelse statligt driftbidrag med åtta kronor om året för varje barn, som erhåller systematisk behandling. Som ytterligare villkor gäller, att tandvård inom staden meddelas i enahanda omfattning och på motsvarande villkor som stadgats beträffande landstingsområdena samt att stadens tandvård är anordnad på sätt, som av medicinalstyrelsen godkännes.

Driftbidraget till ifrågakvarande städer motsvarar sålunda endast hälften av vad som utgår till landstingskommun och inget som helst utrustningsbidrag erhålles.

#### 1938 års kungörelse

Enligt de statsbidragsbestämmelser, som gällde före den 1 januari 1951, utgick till landsting *driftbidrag* i form av bidrag till varje distriktstandläkares och distriktstandsköterskas avlöning med 3 000 respektive 1 000 kronor. Härjämte bestredos av statsmedel stadgade ålderstillägg.

Till stad utanför landsting utgick statsbidrag med 4 kronor om året för varje behandlat barn.

*Utrustningsbidraget* utgick till landstingen med högst hälften av den verkliga kostnaden för varje i folktandvårdsplan ingående distriktstandpoliklinik, dock att bidraget icke fick överstiga beträffande fast poliklinik 3 000 kronor och, om mer än en tandläkare skulle vara där anställd, 1 300 kronor för varje sådan ytterligare tandläkare samt beträffande ambulatorisk poliklinik 1 000 kronor. Då kostnaden för en tandläkarutrustning merendels väsentligt översteg ett belopp motsvarande två gånger respektive högsta bidrag, torde som regel maximibeloppet ha utgått.

1937 års folktandvårdssakkunniga anförde, att de städer, som icke deltog i landsting, borde, utan att inordnas i den egentliga distriktstandvården, på egen hand ordna sin folktandvårdsfråga. Dessa städer ansågos nämligen äga större förutsättningar än landstingen att själva lösa hithörande organisationsproblem. För statsbidrag till städerna utanför landsting ansågo de sakkunniga, att samma trängande behov ej kunde åberopas som för landstingen. Med hänsyn särskilt till den stora betydelsen av att folktandvården bleve fullt genomförd även i dessa städer, förordades emellertid, att ifrågavarande städer erhöilo visst bidrag till *driften* under förutsättning att tandvård inom staden meddelades i enahanda omfattning och på motsvarande villkor som stadgades beträffande landstingsområdena, samt att stadens tandvård vore anordnad på sätt som av medicinalstyrelsen godkändes. På grund av den i förhållande till landstingen större självständigheten i organisatoriskt hänseende, som enligt sakens natur måste tilläggas icke landstingsstäder vid folktandvårdens utbyggande, ansågo de sakkunniga icke lämpligt, att driftbidraget gavs formen av bidrag till avlöningar utan förordade i stället, att bidraget skulle utgå med visst belopp, 4 kronor, per behandlat barn. Enligt de sakkunnigas uppfattning borde vårdkostnaden i här ifrågavarande städer i långt större utsträckning än på landsbygden kunna nedbringas genom centralisation och rationalisering i övrigt.

En av de sakkunniga reserverade sig och ansåg, att statsbidraget till städerna utanför landsting borde tilldelas dem efter samma principiella grunder, som gällde för de olika landstingsområdena. Till stöd härför åberopades bl. a. att de besparingar, som kunde vinnas inom städerna genom rationaliseringar etc., motvägdes av högre hyror, svårigheter att fullt utnyttja lokalerna under skolfrierna samt av högre löner åt personalen. Vidare framhölls, att kommunalskatten i medeltal inom städerna, bortsett från Stockholm, vore högre än den sammanlagda genomsnittliga kommunalskatten jämte landstingsskatten i åtminstone ett par landstingsområden och obetydligt lägre än i åtta områden.

I prop. 1938:127 avvisades tanken på utrustningsbidrag till städerna under hänvisning till att skoltandvård redan med några enstaka undantag torde vara genomförd inom ifrågavarande städer. Föredragande departementschefen ansåg, att det med hänsyn till förhållandena i icke landstingsstäder skulle möta vanskligheter att där tillämpa de regler för folktandvårdens organisation, vilka utformats med tanke på landstingsområdena. Ur denna synpunkt borde det vara till fördel för dessa städer, att statsbidraget icke bundes vid alltför detaljerade villkor. Beträffande storleken av bidraget, i vilket hänseende svenska stadsförbundets styrelse i avgivet remissutlåtande föreslagit 5 kronor par barn och år, förklarade departementschefen — under framhållande av svårigheterna att åstadkomma full rättvisa mellan landsting och landstingsfria städer men med beaktande av att i storstäderna driftkostnaderna under lika förhållanden

i övrigt måste kunna hållas lägre än i landstingsområdena — att han icke funnit tillräckliga skäl anförda för en avvikelse från de sakkunnigas förslag.

#### 1946 års folktandvårdsakkunniga

1946 års folktandvårdssakkunniga syftade vid sina överväganden angående storleken av statens bidrag till folktandvården till att återställa den ursprungliga inbördes relationen mellan statens och huvudmännens kostnader för folktandvården. I anslutning härtill och med hänsyn till att statsbidraget föreslogs knutet till antalet inom barntandvården (och ungdomstandvården) behandlade fall föreslogs för landstingsområdena ett statsbidrag med 16 kronor per barn (och ungdom).

Beträffande städerna utanför landsting framhölls, att utvecklingen icke gått i den riktning, som förutsatts vid organisationens tillkomst, utan folktandvården i dessa städer hade utformats efter huvudsakligen samma linjer som inom landstingen. De sakkunniga förklarade sig därför icke ha funnit erforderligt föreslå särbestämmelser för folktandvården inom berörda städer. Anledning saknades att i statsbidragshänseende giva städerna en sämre ställning. De sakkunniga föreslogo sålunda, att statsbidrag skulle utgå efter gemensamma grunder till folktandvårdens samtliga huvudmän, såväl beträffande driftbidrag som utrustningsbidrag.

#### 1950 års riksdag

I prop. 1950: 84 biträdde föredragande departementschefen de sakkunnigas förslag om ändring i statsbidragsgrunderna men fann sig icke kunna tillstyrka någon större ökning av statens andel av kostnaderna. Bidragsbeloppet per barn borde fastställas till sådan storlek, att statens andel av folktandvårdens kostnader bleve i stort sett detsamma som enligt gällande bidragsgrunder. I överensstämmelse härmed föreslogs, att statsbidraget för landstingens vidkommande skulle bestämmas till nio kronor per behandlat barn.

Härefter anförde departementschefen: Ehuru vissa skäl tala för att icke-landstingsstäder borde likställas med landstingen i statsbidragshänseende, kan jag i nuvarande läge ej tillstyrka förslaget härom. För dylika städer bör således allt framgent utgå statsbidrag med 4 kronor per behandlat barn. Något utrustningsbidrag böra ifrågakvarande städer, i likhet med vad nu gäller, icke äga uppbära.

I riksdagsmotioner framställdes yrkanden dels att driftbidraget till landstingens folktandvård måtte fastställas till 16 kronor per barn och dels att statsbidraget till städer utanför landsting måtte utgå efter samma grunder som till landstingen.

Statsutskottet (utl. nr 166) anförde, att ett bifall till motionsvis framställda yrkanden om ökat bidragsbelopp icke medförde någon kostnadsökning för det allmänna utan endast att vissa utgifter överfördes från landstingen till staten. Betydande kostnader hade överförts till landstingen, vilket



kunde beräknas leda till en avsevärd höjning av landstingsskatten under de närmaste åren. I samband med föreliggande förslag till fortsatt utbyggnad av folktandvården syntes det lämpligt, att den av statsmakterna år 1938 beslutade kostnadsfördelningen mellan stat och landsting återställdes. Utskottet tillstyrkte därför för landstingens vidkommande ett statsbidrag om 16 kronor per barn. Statsbidraget till städer utanför landsting föreslogs höjt till 8 kronor per barn.

#### 1957 års riksdag

I likalydande motioner till 1957 års riksdag (I: 77 och II: 73) föreslogs, att riksdagen måtte besluta om översyn av gällande bestämmelser för bidrag till folktandvård för åstadkommande av lika grunder för bidragsgivningen till landsting och städer utanför landsting.

Uti infortrat utlåtande tillstyrkte medicinalstyrelsen en översyn av gällande bestämmelser rörande folktandvården i de hänseenden motionärerna avsågo, därvid styrelsen framhöll, att under folktandvårdens dittillsvarande utveckling icke framträtt något behov av skiljaktiga bestämmelser för folktandvården inom landstingen och städer utanför landsting.

Svenska stadsförbundets styrelse åberopade ett av förbundets sjukvårdsdelegation avgivet yttrande. Delegationen framhöll, att vid senaste behandlingen av statsbidragsfrågan vid 1950 års riksdag från statsmakternas sida icke anfördes några sakligt grundade skäl för ett bibehållande av olika statsbidragsbestämmelser för landstingen och för städerna. Enligt delegationens uppfattning kunde några sådana skäl icke heller förebringas. Såväl för städerna som för landstingen gällde numera, att driftbidraget vore direkt knutet till det redovisade resultatet inom barntandvården. Ur rättvisesynpunkt syntes det stötande, att städerna såsom bidrag till kostnaderna för barn-tandvården endast erhöle hälften av det belopp, som landstingen uppburo, och detta förhållande måste av städerna uppfattas som en undervärdering av deras insatser på förevarande område.

Under erinran om föredragande departementschefens i det föregående återgivna uttalande i prop. 1950: 84, anförde statsutskottet (utl. nr 158), att några sakligt grundade skäl för bibehållande av skiljaktiga statsbidragsbestämmelser för landstingen och de landstingsfria städerna med hänsyn till folktandvårdens utveckling icke kunde anses föreligga. Frågan om att åstadkomma lika grunder för bidragsgivningen torde emellertid å andra sidan ha en betydande ekonomisk räckvidd. Utskottet var för sin del icke berett att göra annat uttalande än att förslaget borde göras till föremål för närmare övervägande. Uppdrag härutinnan syntes lämpligen kunna lämnas 1957 års folktandvårdssakkunniga.

Sedan riksdagen i överensstämmelse med vad utskottet föreslagit i skrivelse den 26 november 1957 (nr 375) hemställt om viss översyn av statsbidragsbestämmelserna, har Kungl. Maj:t i skrivelse den 20 december 1957 uppdragit åt de sakkunniga att verkställa den begärda översynen.

## De sakkunniga

*Driftbidrag*

Till belysning av frågan om landstingens och städernas utanför landsting likaberättigande i statsbidragshänseende må något närmare beröras frågan om det statliga *driftbidragets* relativa andel i kostnaderna för folktandvården. Den vid folktandvårdens införande förutsatta uppdelningen av kostnaderna för verksamhetens bedrivande mellan staten, landstingen och kommunerna samt den taxebelagda vuxentandvården innebar, att statens andel skulle komma att utgöra omkring 24 procent, landstingens andel omkring 14 procent, kommunandelen likaledes omkring 14 procent och taxeandelen omkring 48 procent. Frånräknades inkomsten av den taxebelagda vuxentandvården, vilken förutsattes skola vara självbärande, skulle statens andel i kostnaden för den av allmänna medel bekostade barntandvården komma att motsvara omkring 46 procent. Genom löne- och prisstegringar m. m. inträdde successivt väsentliga förskjutningar i denna fördelningsgrund till huvudmännens nackdel. I syfte att återställa den år 1938 fastslagna fördelningsprincipen föreslogo, såsom tidigare nämnts, 1946 års folktandvårdssakkunniga en förhöjning av driftbidraget till 16 kronor per barn. Under den tid, som förflutit sedan ikraftträdandet av 1950 års folktandvårdsförfattning, ha kostnadsökningarna fortgått, och det statliga driftbidraget understiger åter väsentligt den ursprungligen förutsatta andelen i kostnaden för barntandvården. I samma riktning verkar givetvis den omständigheten, att även primärkommunernas bidrag utgår med ett fixt belopp per barn och icke ställts i relation till de verkliga kostnaderna.

Fördelningen av kostnaderna har även förskjutits i för huvudmännen ogynnsam riktning på grund av att den folktandvårdstaxa, som trädde i kraft den 1 januari 1952, ej gav full täckning för de med den taxebelagda vården förenade kostnaderna. Detta förhållande accentuerades efter hand till följd av fortskridande kostnadsstegringar. Efter en inom medicinalstyrelsen verkställd utredning höjdes taxan från och med den 1 april 1955 med 30 procent, vilken höjning dock icke var till fyllest för att taxan skulle bli självbärande.

Medicinalstyrelsen uppdrog den 21 januari 1956 åt en särskild taxedelegation att verkställa utredning rörande folktandvårdstaxan. Inom delegationen gjorda beräkningar, vilka hänförde sig till folktandvårdens verksamhet 1955, visade, att kostnaden för vuxentandvården genomsnittligt med omkring 20 procent översteg influtna taxebelopp.<sup>1</sup> På grund av delegationens överväganden, innefattade i ett den 10 maj 1957 avgivet betänkande: Utredning och förslag rörande folktandvårdstaxan (stencil), fastställdes — sedan förslag avgivits av medicinalstyrelsen — den 29 november 1957 ny folktandvårdstaxa (SFS nr 634), som trädde i kraft den 1 januari 1958 med fortsatt giltighet till och med den 31 december 1959. Taxan avsågs skola genomsnittligt bereda huvudmännen i det närmaste full täckning för kostnaderna för vuxentandvården.

<sup>1</sup> Efter nyssnämnda höjning från och med den 1 april 1955.

Enligt taxedelegationens betänkande pekade gjorda utredningar på att huvudmännens kostnader för den organiserade barntandvården uppgick till i genomsnitt omkring 29 kronor per fullgjord tjänstgöringstimme för tandläkare. Vid sina beräkningar utgick delegationen från medellönen 1955 för tandläkare, som enbart arbetade i barntandvård, uppskattad till 13 kr. 86 öre. Härtill lades övriga lönekostnader (ej för tandtekniker), med 7 kr. 23 öre. Sammanlagda lönekostnader per arbetstimme utgjorde sålunda 21 kr. 09 öre. Övriga kostnader beräknades till 6 kr. 15 öre. Med hänsyn till lönehöjningar — från 1955 till 1956 med 4 % och i samband med löneplansrevision mot slutet av 1956 med i det närmaste 7 % — borde lönekostnaden, 21 kr. 09 öre, ökas med 10 procent, d. v. s. med 2 kr. 11 öre. Den framräknade kostnaden per timme barntandvård motsvarade sålunda 23 kr. 20 öre + 6 kr. 15 öre = 29 kr. 35 öre.

Under åren 1958 och 1959 ha utgående löner höjts med 3 resp. 2 %, motsvarande en ökning av lönekostnaden med 1 kr. 17 öre. Därest hänsyn icke tages till eventuella prisstegringar i övrigt, bör för år 1959 huvudmännens genomsnittliga kostnad för en tjänstgöringstimme i barntandvård alltså kunna beräknas till omkring 30 kr. 50 öre. Den genomsnittliga behandlingstiden inom hela barntandvården har av 1957 års folktandvårdssakkunniga, såsom i annat sammanhang närmare utvecklas, beräknats till 2,1 timme per fullständigt behandlat barn och år. Med utgångspunkt från angivna siffror synes den genomsnittliga kostnaden per fullständigt behandlat barn och år kunna uppskattas till något mer än 64 kronor. Med gällande driftbidragsbestämmelser fördelas då, såvitt avser landstingskommunerna, kostnaden för barntandvården med omkring 25 % på staten och återstoden på primär- och landstingskommuner (8 respektive 67 %). Beträffande städer utanför landsting bär staten endast 12—13 % och städerna sålunda 87—88 %.

Om den vid 1938 och 1950 års riksdagar förutsatta kostnadsfördelningen skulle återställas, d. v. s. att staten skall bära omkring 46 procent av kostnaden för barntandvården, erfordras att statsbidraget höjes från nuvarande 16 kronor till omkring 29 kronor per barn och år. I och för sig tala enligt de sakkunnigas uppfattning omständigheterna för en icke oväsentlig höjning av det till landstingen utgående driftbidraget. Emellertid ha de sakkunniga efter ingående överväganden och i nuvarande läge ansett sig beträffande landstingen icke böra förorda någon ändring av gällande statsbidragsgrunder. Frågan om fördelningen av det allmännas kostnader inom olika områden av offentlig verksamhet mellan staten, å ena, samt kommunala samfälligheter av skilda slag, å andra sidan, har under senare år i skilda sammanhang aktualiserats, och det torde endast vara en tidsfråga, när en genomgripande översyn av samtliga hithörande, ofta komplicerade spörsmål kommer till stånd. Under hänvisning härtill finna de sakkunniga mindre välbetänkt, om för ett specialområde — med tillämpning av hittills

gällande principiella utformning av driftbidraget — huvudmännen genom statsmakternas beslut nu tillerkändes ökat statsbidrag. I sammanhanget torde även få beaktas, att ett genomförande av de sakkunnigas förslag om utsträckning av den organiserade barntandvården jämväl till 16-åringarna med oförändrade statsbidragsgrunder kan vid en fullt utbyggd organisation beräknas komma att öka statens utgifter med 1 å 1,5 mkr.

I fråga om driftbidrag till *städer, som icke tillhöra landstingskommun*, vilja de sakkunniga framhålla följande.

Organisationen av folktandvården i städerna utanför landsting överensstämmer på det hela taget med vad som gäller för landstingens vidkommande. Vid fastställande av folktandvårdsplaner för ifrågavarande städer har sålunda föreskrivits, att verksamheten skall bedrivas i organisatoriska former, i huvudsak identiska med dem som gälla för landstingen. För folktandvården i Stockholm gäller dock, såsom av det följande framgår, vissa särbestämmelser.

En grundläggande princip för folktandvården är att den skall stå öppen för alla medborgare. Under den tid, som är anslagen till vuxentandvård, skola med förtursrätt behandlas allenast akuta fall samt mödrahjälpssklientelet. I den mån utbyggnaden av folktandvården måste ske successivt, förutsättes i statsbidragskungörelsen en *geografiskt* avgränsad utbyggnad, på det sätt att folktandvården först anordnas inom viss del av landstingskommun eller stad och sedermera efter hand i de övriga delarna. Enligt gällande plan för folktandvårdens organisation i Stockholm, fastställd år 1955, skall med stöd av särskilt av Kungl. Maj:t med riksdagen meddelat beslut, den successiva utbyggnaden där i stället ske på sådant sätt, att under den första utbyggnadsetappen, som skall vara avslutad inom en tidrymd av tio år från planens fastställande, en *kategoriklyvning* kommer till stånd. Sålunda beräknas under denna etapp i huvudsak endast barntandvården kunna tillgodoses, medan vuxentandvården i stort sett begränsas till att omfatta dels akuta fall, dels för fullständig behandling havande kvinnor och ammande mödrar, ungdom i åldern 16—19 år samt obemedlade och mindre bemedlade personer. Vuxna personer, som icke tillhöra någon av de nämnda kategorierna, äro sålunda f. n. praktiskt taget utestängda från folktandvården i Stockholm.

I följande tabell har sammanförts vissa uppgifter angående antalet skatte-kronor per invånare och den sammanlagda kommunala utdebiteringen åren 1956 och 1957:

Tabell 9

	1956		1957	
	skkr/inv.	utdeb.	skkr/inv.	utdeb.
Samtliga landskommuner i genomsnitt	31,59	12,55	32,01	13,55
Samtliga städer	51,46	12,64	52,50	13,78
Stockholm	65,64	11,99	67,22	13,00
Göteborg	53,98	12,99	54,29	14,99
Malmö	49,75	10,50	50,71	10,50
Norrköping	43,59	12,75	44,60	14,75
Hälsingborg	47,53	12,50	48,15	13,75
Gävle	46,78	13,90	47,94	14,90

I den mån sammanlagda kommunala utdebiteringen samt antalet skatte-kronor per invånare återspegla en kommunbildnings behov av statligt stöd för genomförande av välfärdsanordningar, synes av de i det föregående återgivna uppgifterna att döma, åtminstone för de tre största städerna utanför landsting, som representera mer än 85 procent av samtliga ifrågavarande städers invånarantal, situationen gynnsammare än för landet i övrigt.

Genom klienteletts koncentration till ett geografiskt relativt begränsat område synes även större förutsättningar än inom landstingskommunerna föreligga för driftens rationalisering och förbilligande.

Även om de sakkunniga av förut anförda skäl för landstingskommunernas vidkommande stannat för att förorda en oförändrad statsbidragsgivning, synes beträffande städer, som icke tillhöra landstingskommun, en viss ökning av utgående driftbidrag befogad. Full likställighet med landstingskommunerna bör dock i nuvarande läge enligt de sakkunnigas mening icke eftersträvas. De sakkunniga ha vid sina överbäganden i ämnet funnit rimligt, att det årliga driftbidraget till ifrågavarande städer bestämmes till 10 kronor för varje fullständigt behandlat barn.

Beträffande den sannolika kostnadsökningen för statsverket, som för- anledes av ett sålunda förhöjt statsbidrag, må anföras.

Antalet fullständigt behandlade barn i städer utanför landsting uppgick år 1958 till omkring 163 000. För åren 1959 och 1960 har medicinalstyrelsen enligt vad som framgår av styrelsens anslagsäskanden för budgetåret 1960/61 räknat med en ökning i dessa städer av omkring 5 000 barn per år och i anslutning härtill uppskattat antalet barn, som under år 1960 skulle komma att erhålla fullständig behandling, till omkring 173 000, motsvarande efter 8 kronor per barn ett statsbidrag med 1 384 000 kronor. En förhöjning av driftbidraget till ifrågavarande städer med 2 kronor per barn skulle därför för närvarande kunna antagas medföra en årlig utgiftsökning på omkring 350 000 kronor.

### *Utrustningsbidrag*

Beträffande de för närvarande till landstingskommunerna utgående utrustningsbidragen få de sakkunniga anföras följande.

Till bidrag till utrustning av folk tandvårdspolikliniker inom landstingsområden har för de sistförflutna sex budgetåren reservationsvis anvisats belopp varierande mellan 250 000 och 100 000 kronor. Bidragsrekvisitioner från huvudmännen inkomma till medicinalstyrelsen — delvis till följd av otillräcklig medelsanvisning — mycket oregelbundet och med varierande belopp, ofta långt efter det ifrågavarande poliklinik färdigställt och tagits i bruk. Den efterhandsgranskning, som härigenom många gånger måste ske, är från administrativ synpunkt relativt betungande. Härjämte bör beaktas, att bidraget täcker endast en ringa del — i nuvarande kostnadsläge knappast mer än genomsnittligt tio procent — av de verkliga utrustningskostna-

derna. Ekonomiskt sett torde sålunda bidraget vara av underordnad betydelse för huvudmännen. De sakkunniga vilja därför i besparingssyfte och till vinnande av administrativ förenkling föreslå, att gällande bestämmelser om utrustningsbidrag upphävas. Övergångsvis synes därvid böra föreskrivas, att utrustningsbidrag må utgå för poliklinik, som färdigställts före viss tidpunkt och där tillika ansökan om dylikt bidrag inkommit till medicinalstyrelsen senast viss dag.

Storleken av den årliga besparing för statsverket, som skulle uppkomma, därest bestämmelserna om utrustningsbidrag upphävdes, är beroende av — förutom den i det föregående berörda eftersläpningen av bidragsrekvisitioner — bl. a. folktandvårdens fortsatta utbyggnadstakt. Det synes vanskligt, att av utvecklingen hittills draga några bestämda slutsatser härutinnan. Antar man emellertid, att de närmaste åren inom landstingsområdena årligen tillkomma 20 distriktstandpolikliniker, genomsnittligt avsedda envar för 2 tandläkare, skulle detta motsvara ett utrustningsbidrag av  $(20 \times 4\,300 \text{ kr.}) = 86\,000$  kronor, med vilket belopp, lämpligen avrundat till 100 000 kronor, statens årliga utgifter för folktandvården sålunda t. v. skulle kunna minskas.

Med hänsyn till de sakkunnigas nu deklarerade inställning till frågan om bidrag till utrustning av distriktstandpolikliniker inom landstingskommuner kunna de sakkunniga uppenbarligen icke biträda framkomna önskemål om statligt utrustningsbidrag till städer utanför landsting.

## KAPITEL IX

### Vissa administrativa frågor

#### *Redovisningen inom folktandvården*

##### **Arbetsår och redovisningsår**

Enligt 1938 års författningar angående folktandvården skulle årsberättelser samt andra uppgifter och sammandrag rörande folktandvården som regel avgivas för kalenderår. 1946 års folktandvårdssakkunniga uttalade, att detta särskilt beträffande barntandvården visat sig vara förenat med vissa olägenheter. De barn, som åtnjöto systematisk behandling, voro i regel sammanförda klassvis. En årsredogörelse avseende exempelvis första klassen kom alltså att omfatta olika barn för höst- och vårterminen. Förslag hade därför väckts om en omläggning av arbetsåret så att detta såvitt möjligt sammanföle med skolornas läsår. Detta skulle förenkla tandläkarnas uppgiftsskyldighet och dessutom medföra, att i avgivna redogörelser komme att redovisas samma barn hela arbetsåret. De sakkunniga föreslogo därför införande av begreppet »folktandvårdens arbetsår», förslagsvis omfattande tiden 1 september—31 augusti. I proposition 1950: 84 erinrade föredragande departementschefen om att en del skolor började sina läsår redan under förra hälften av augusti månad och förordade att årsberättelserna skulle avse tiden 1 augusti—31 juli. Den *ekonomiska redogörelsen* borde emellertid avse kalenderår. Även när det gällde att ur statsbidragssynpunkt fastställa antalet behandlade barn borde kalenderåret tagas till utgångspunkt. Denna anordning skulle visserligen medföra att distriktstandpoliklinik måste — utöver den i årsberättelsen intagna redogörelsen för under skolåret behandlade barn — lämna uppgift även på det antal barn, som behandlats under kalenderåret. Av den dubbla uppgiftsskyldigheten förorsakat merarbete ansågs emellertid bliva av ringa omfattning, enär de månadsrapporter som regelmässigt avgåvos kunde läggas till grund för uppgifterna. Riksdagen lämnade Kungl. Maj:ts förslag i denna del utan erinran.

Man har sålunda enligt gällande bestämmelser att räkna med en dubbel redovisning.

1. *Den ekonomiska redovisningen*, avgiven till medicinalstyrelsen av varje huvudman — som regel genom hälsovårdsstyrelsen — årligen före den 1 mars på av medicinalstyrelsen fastställt formulär. Redovisningen skall åtföljas av uppgift på antalet patienter av olika kategorier, som färdigbehandlats under kalenderåret, sålunda också statsbidragsberättigade barn.

Till grund för denna uppgiftsbilaga bör läggas av varje tandläkare upprättade månadsrapporter, som sammanställas till en kalenderårsrapport.

2. Förutom den ekonomiska redovisningen skall huvudmannen senast den 15 oktober varje år till medicinalstyrelsen avgiva *berättelse över folktandvårdens tillstånd och verksamhet*. Till grund för denna berättelse bör läggas av varje enskild distriktstandläkare upprättade arbetsårsberättelser, s. k. verksamhetsberättelser, samt tandvårdsinspektörens och lasarettstandläkarens verksamhetsberättelse.

Från skilda håll inom folktandvården har under den tid, nu gällande bestämmelse tillämpats, ifrågasatts antingen en omläggning så, att kalenderåret liksom tidigare blir såväl arbetsår som redovisningsår eller också på det sätt, att tidsperioden 1 augusti—31 juli blir såväl arbetsår som redovisningsår. Utan tvivel medföra de nuvarande bestämmelserna med olika tidsperioder för arbetsåret och redovisningsåret vissa olägenheter. Sålunda skall exempelvis hälsovårdsstyrelsens *verksamhetsberättelse* avse arbetsåret och i denna berättelse bl. a. angivas antalet tandpolikliniker och antalet tandläkare i olika befattningar den 31 juli varje år. Uppgift om vad som inom folktandvården presterats i behandlingshänseende lämnas däremot i samband med den *ekonomiska årsberättelsen*, som avser kalenderåret, och *statsbidragsrekvisitionen* innefattar också vissa statistiska uppgifter, som avse kalenderåret.

Till förmån för en omläggning av redovisningsåret till att avse tidsperioden 1 augusti—31 juli har åberopats, att den statistik, som skall lämnas beträffande barntandvården, därigenom kunde avse samma period som de s. k. klasslistor, på vilka barnen äro upptagna. Vidare skulle lättare kunna kontrolleras att endast *ett* statsbidrag begärdes under redovisningsåret för sådana barn, som antingen färdigbehandlats mer än en gång eller behandlats inom olika tandvårdsdistrikt på grund av att flyttning skett mellan olika skolor. Det har framhållits att övergång från en skola till en annan i allmänhet sker mellan vårtermin och hösttermin. Om då barnet under höstterminen efter en sådan övergång erhåller organiserad tandvård i ny skola, skulle vid redovisning kalenderårsvis icke kunna kontrolleras, huruvida för barnet statsbidrag söktes inom det tandvårdsdistrikt, där barnet tidigare vistats, och i vissa fall dubbla statsbidrag kunna komma att sökas för ett och samma barn. Man har vidare påpekat, att vid redovisning per kalenderår dubbla statsbidrag måhända sökas i de fall, då ett barn färdigbehandlas (revideras) under vårterminen i en klass men i nästa klass erhåller reviderande behandling under höstterminen samma år.

#### **De sakkunniga**

De förenklingar, som skulle följa av att redovisningsåret bringades att sammanfalla med den tidsperiod som för närvarande gäller för arbetsåret, torde knappast vara av den betydelse, att en sådan omläggning kan an-



ses motiverad. Givetvis förekommer det att skolbarn till exempel i samband med föräldrars flyttning från en ort till annan byter skola även under pågående läsår, därvid dubbla statsbidrag icke i och för sig skulle förhindras av den föreslagna omläggningen. Ej heller kommer frågan om risken för dubbla statsbidrag vid två eller flera reviderande behandlingar under ett och samma kalenderår i bättre läge, om arbetsårsperioden skulle fungera som redovisningsår. Oavsett vilken tidsperiod som väljes såsom redovisningsår kan det tydligen inträffa, att ett barn erhåller mer än en reviderande behandling under loppet av en tolv månaders-period.

En återgång till att låta såväl arbetsår som redovisningsår sammanfalla med kalenderåret synes av flera anledningar vara att förorda. Härigenom kommer man lika väl som enligt det förut diskuterade alternativet ifrån dualismen i redovisningen med därav föranlett merarbete för såväl de enskilda tandläkarna som för huvudmannen. Man undviker också ett särskilt »folktandvårdens räkenskapsår», som sannolikt skulle ha medfört olägenheter i bokföringshänseende för huvudmännen, vilkas räkenskaper i övrigt genomgående avslutas per kalenderår. Ytterligare vinnes att den centrala prestationsredovisning, som ligger till grund för beräkning av statsbidrag ävensom för statistisk bearbetning, liksom hittills kommer att ske kalenderårsvis.

Den enda komplikation, som synes uppkomma genom att kalenderåret fungerar som redovisnings- och arbetsår, är, att barnen komma att finnas uppförda på två olika klasslistor under perioden. Det torde emellertid för vederbörande tandläkare vara en relativt enkel åtgärd att, allteftersom barnen komma till behandling, å journalkort och klasslistor göra erforderliga anteckningar i de fall barnet tidigare under kalenderåret undergått systematisk behandling. I sammanhanget må slutligen påpekas, att nuvarande redovisningssystem kan föranleda till att även den primärkommunala avgiften uttages mer än en gång per barn och kalenderår. Så kan bli fallet icke blott om barnet undergår reviderande behandling två gånger under kalenderåret utan även om barnet erhållit akutbehandling. Om det i sistnämnda fall är osäkert, huruvida organiserad tandvård skall kunna medhinnas för barnet, redovisas nämligen akutbehandlingen i månadsrapporten, därvid huvudmannen äger uppbära avgift. Om barnet senare under redovisningsåret erhåller fullständig behandling, sker markering ånyo i månadsrapporten och ytterligare kommunal avgift kan komma att uttagas. Till undvikande härav böra barn, som erhållit akut behandling innan de under kalenderåret meddelats fullständig behandling, lämpligen föras på särskilda listor, varefter vid årets slut kontrolleras, huruvida barnet sedermera erhållit fullständig behandling, i vilket fall akutbehandlingen icke redovisas.

Under åberopande av det anförda föreslås de sakkunniga att gällande bestämmelser om ett särskilt folktandvårdens arbetsår upphävas och att arbetsåret bringas att sammanfalla med kalenderåret-redovisningsåret.

### **Verksamhetsberättelse**

Såsom tidigare nämnts åligger varje distriktstandläkare att årligen avgiva verksamhetsberättelse. Denna, som genom föreståndaren avlämnas till tandvårdsinspektören, skall enligt medicinalstyrelsens föreskrifter avse 1) tjänstgöringsförhållanden, 2) profylaktisk verksamhet, 3) allmänna uppgifter (ej siffror) angående terapeutisk verksamhet, därvid omfattningen av pulpakirurgisk verksamhet redovisas särskilt, 4) särskilda iakttagelser och erfarenheter samt 5) eventuella önskemål och förslag.

Distriktstandläkare, som tillika är föreståndare, skall i sin berättelse därjämte lämna uppgift för polikliniken beträffande antalet patienter på väntelista och sammanlagda antalet obemedlade och mindre bemedlade patienter, som erhållit tandvård med kommunalt bidrag.

Tandvårdsinspektörs verksamhetsberättelse, vilken skall avse hela landstingskommunen respektive staden, samt verksamhetsberättelse från lasarettstandläkare skola i tillämpliga delar vara av samma innehåll som distriktstandläkares berättelse.

### **De sakkunniga**

Det kan enligt de sakkunnigas mening ifrågasättas, om de av distriktstandläkare avgivna verksamhetsberättelserna i fortsättningen erfordras i samband med den centrala redovisningen, och de sakkunniga förorda att distriktstandläkare, inbegripet poliklinikföreståndare, icke vidare skall åläggas avgiva dylik berättelse. Det synes tillfyllest, om verksamhetsberättelse för hela huvudmannområdet avgives av tandvårdsinspektören på grundval av de erfarenheter, denne får förutsättas ha vunnit vid sina inspektioner av de särskilda poliklinikerna. Givetvis bör det vara envar distriktstandläkare obetaget att till inspektören eller till medicinalstyrelsen göra de erinringar eller framställningar, vartill han kan finna sig föranlåten. Då inspektionsrätt icke tillkommer tandvårdsinspektören över lasarettstandvården och förutsättes ej heller skola ankomma på honom beträffande den verksamhet, som utövas av cheftandläkare för tandregleringsvård, bör skyldighet att avgiva verksamhetsberättelse bibehållas för lasarettstandläkare och även föreskrivas för cheftandläkaren för tandregleringsvård.

Enligt särskild föreskrift av medicinalstyrelsen åligger det tandvårdsinspektör att månatligen lämna styrelsen vissa uppgifter angående tjänstgöringsförhållanden m. m. å de särskilda poliklinikerna. Medicinalstyrelsen får härigenom en för varje månad aktuell och icke minst under pågående uppbyggnad ytterst värdefull överblick över antalet polikliniker, tandläkare av olika kategorier och vakanser inom folktandvårdens olika grenar; sålunda även beträffande lasarettstandvården och den odontologiska specialvården.

### **Huvudmännens behov av uppgifter angående folktandvården**

De sakkunniga finna det falla utom ramen för det dem meddelade utredningsuppdraget att närmare ingå på omfattningen och beskaffenheten av

den interna redovisning i förhållande till huvudmännen, som uppenbarligen kräves såväl av ekonomiska skäl som för kvalitativ och kvantitativ kontroll av utfört arbete. I den mån så icke redan är fallet bör på förevarande område såvitt möjligt enhetliga föreskrifter gälla inom de olika huvudmannaområdena. Vid utformning av blankettmaterial och anvisningar till det samma bör vidare beaktas, att kravet på uppgifter i olika hänseenden i gör-ligaste mån begränsas till förmån för det egentliga patientarbetet utan att å andra sidan erforderlig kontroll eftersättes.

### *Folktandvårdsplanernas innehåll m. m.*

Enligt 3 § statsbidragskungörelsen skall i den plan för folktandvården inom ett huvudmannaområde, som skall fastställas av medicinalstyrelsen, jämte annat upptagas »antalet och arten av de befattningshavare, som skola där anställas». I anslutning härtill innehålla folktandvårdsplanerna bl. a. uppgifter angående antalet tandtekniker och tandsköterskor i olika befattningar. I förenklande syfte vilja de sakkunniga föreslå, att dessa befattningar icke vidare skola behöva redovisas i planerna. Åt huvudmännen bör kunna överlämnas att avgöra det för folktandvårdens behöriga drift erforderliga antalet av dylika befattningshavare ävensom förekommande tjänsteställningsfrågor.

I 18 § statsbidragskungörelsen föreskrives att medicinalstyrelsen skall granska och godkänna förslag till planläggning av poliklinik jämte ritningar m. m. över lokalerna. Föreskriften härom torde bl. a. sammanhånga med gällande bestämmelser om statligt utrustningsbidrag till vissa polikliniker. De sakkunniga föreslå i annat sammanhang att utrustningsbidrag i fortsättningen icke skall utgå. I konsekvens härmed torde medicinalstyrelsens granskning och godkännande icke vidare vara påkallat, detta så mycket mera som enligt de sakkunnigas uppfattning huvudmännen numera vunnit tillräcklig stor erfarenhet beträffande iordningställande av polikliniker för folktandvården.

### *Tillsättning av vissa tjänster*

#### *a. Tandvårdsinspektör.*

Enligt gällande bestämmelser (4 § instruktionen för tandläkare inom folktandvården) tillsättes tandvårdsinspektör av medicinalstyrelsen efter förslag av hälsovårdsstyrelsen. Sveriges tandvårdsinspektörsförening har hemställt att tandvårdsinspektör i fortsättningen skulle tillsättas av Kungl. Maj:t samt att även i övrigt samma tillsättningsförfarande komma till användning som för lasarettsläkare.

Till stöd härför har föreningen erinrat om att det instruktionsmässigt åligger tandvårdsinspektör att bland annat verkställa inspektion av distrikts- och anstalts-

tandvården samt att avgiva berättelse häröver till medicinalstyrelsen och hälsovårdsstyrelsen och vidare ställa sig till noggrann efterrättelse av medicinalstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen meddelade förordnanden eller ålägganden. Tandvårdsinspektör har sålunda att även övervaka efterlevnaden av statsbidragsbestämmelserna och de författningar som reglera folktandvårdsorganisationens verksamhet. Med anledning av dessa åligganden skulle konfliktsituationer kunna tänkas uppkomma mellan tandvårdsinspektör och den huvudman som är hans arbetsgivare, och den sistnämnde skulle enligt sitt tjänstereglementes bestämmelser kunna vidtaga förändringar i hans tjänsteförhållanden. Med hänsyn till angivna åligganden och därmed sammanhängande tänkbara konsekvenser borde tandvårdsinspektör tillförsäkras samma ställning som en motsvarande tjänsteman i direkt stats-tjänst och sålunda icke kunna avsättas utan medelst rannsaking och dom.

*De sakkunniga* anse sig kunna utgå från att, även om uttryckligt lagstadgande saknas, fråga om entledigande av tandvårdsinspektör skall prövas av tillsättningsorganet, d. v. s. medicinalstyrelsen.<sup>1</sup> Gällande anställningsform synes vid sådant förhållande ägnad att bereda tandvårdsinspektör en tryggad ställning även för det fall, att han under fullgörande av de arbetsuppgifter, som åvila honom i hans egenskap av en tillsynsmyndighetens förtroendeman, skulle råka i konflikt med vissa huvudmannaintressen. Behov har icke heller visats föreligga av ifrågasatt förändrad tillsättningsform, vilken för övrigt skulle kunna föra med sig vissa icke önskvärda komplikationer. Sålunda torde, om exempelvis en tandvårdsinspektörstjänst av särskild anledning anses böra i något hänseende omorganiseras, tjänsthavaren under åberopande av en kungl. fullmakt kunna tänkas vägra fullgöra de nya arbetsuppgifter, som må ha tillagts honom, men det oaktat äga uppbära oavkortade löneförmåner.

Någon ändring av tillsättningsförfarandet i enlighet med tandvårdsinspektörsföreningens önskemål kan sålunda icke förordas av de sakkunniga.

#### b. Biträdande lasarettstandläkare.

I 12 § instruktionen för tandläkare inom folktandvården föreskrives, att rörande tillsättning av biträdande lasarettstandläkare skall i tillämpliga delar gälla vad i 4 § stadgas om tillsättning av tandvårdsinspektör. Tjänsten tillsättes sålunda av medicinalstyrelsen, sedan hälsovårdsstyrelsen avgivit förslag. Bestämmelsen torde ha sin förebild i reglerna om förordnande av biträdande lasarettsläkare i 1940 års sjukhuslag (17 §). Enligt den nya sjukhuslag, som träder i kraft den 1 januari 1960, skall emellertid ankomma på huvudmannen (sjukvårdsstyrelsen) att förordna biträdande över-(lasarett-)läkare. *De sakkunniga* föreslå, att motsvarande ändring vidtages

<sup>1</sup> Jfr H. Sundberg: Kommunalrätt Allmän del, IV uppl. sid. 95 »... Rätten att entlediga en kommunaltjänsteman ligger i allmänhet hos det organ som ägt fatta tillsättningsbeslutet. Stundom nämnes entledigandebefogenheten uttryckligen i författningarna - - -, men även om dylikt stadgande saknas, bör befogenheten anses tillkomma tillsättningsorganet, där ej annat är föreskrivet...»

inom förevarande område och att sålunda biträdande lasarettstandläkare hädanefter skall tillsättas av hälsovårdsstyrelsen. Det torde få ankomma på medicinalstyrelsen att, där så skulle befinnas erforderligt, utfärda föreskrift om skyldighet för huvudmannen att vid tillsättning av tjänst som biträdande lasarettstandläkare inhämta utlåtande av särskild sakkunnig eller på annat sätt sörja för en fackmässig prövning av vederbörande sökandes meriter.

#### *Systematisk barntandvård utanför den organiserade tandvårdens ram*

Enligt 15 § 2 mom. statsbidragskungörelsen äga barn, som icke kunna beredas organiserad tandvård, likväl erhålla systematisk tandbehandling. Denna tandvård måste lämnas på tid för taxebelagd vård, och skall äga rum i samma turordning, som gäller för det vuxna klientelet.

Den möjlighet, som sålunda öppnats för barn att erhålla systematisk behandling å tid, som i princip avses för behandling av vuxna, är att uppfatta som en konsekvens av grundtanken att folktandvården skall stå öppen för alla. Det har ansetts otillfredsställande att en viss patientkategori skulle kunna bli helt utestängd från folktandvård, helst när det gäller individer, som aktivt intresserat sig för tändernas vård genom att i den mån möjligheter därtill funnits deltaga i organiserad tandvård. Så- lunda förefintlig möjlighet till individuell systematisk tandvård kan dock föranleda en snedvridning av arbetet på en poliklinik. Därest inom den organiserade tandvården de äldre årsklasserna icke medhinnas — något som under nuvarande förhållanden icke är alltför sällsynt — kan exempelvis med stöd av gällande bestämmelser flertalet tillhörande den äldsta årsklass, som erhåller organiserad tandvård, anmälas till systematisk be- handling på tid för taxebelagd vård, medförande en häremot svarande be- gränsning av möjligheterna för vuxna patienter och ungdom att erhålla tandvård.

Det är givetvis av betydelse, att ingen patientkategori utestänges från tandvård. Emellertid bör man i förevarande sammanhang hålla i minnet, att årsklasserna 3—15 år — f. n. i praktiken årsklasserna 7—15 år — för sitt behov av tandvård redan disponera minst 55 procent av den sammanlagda arbetstiden. Detta är liktydigt med att ca 15 procent av befolkningen — i åldrarna sju år och högre — förfogar över mer än hälften av distrikts- tandvårdens totala kapacitet. Åldrarna från 16 år och uppåt omfatta nämligen (år 1957) omkring 85 procent av hela rikets befolkning, om de sju yngsta åldersklasserna frånräknas.<sup>1</sup> För tillgodoseende av tandvårdsbehovet hos denna grupp står till förfogande högst 45 procent (i själva verket mindre än 40 procent) av den totala arbetstiden. Det anförda kunde moti-

<sup>1</sup> Därest i enlighet med vad de sakkunniga föreslagit 16-åringarna inlemmas i den organi- serade barntandvården förskjutes angivna procentsiffror med omkring 3 enheter.

vera en restriktiv inställning, då det gäller att bereda barnklientelet tandvård under vuxentiden. Å andra sidan måste, främst från hälsosynpunkt, betonas den systematiska barn tandvårdens betydelse. Jämväl av psykologiska skäl vore det otillfredsställande, om man skulle nödgas under alla förhållanden avvisa barnpatienter, som gjort allt, vad på dem ankommer för att hålla sina tänder i gott skick. Enligt de sakkunnigas mening bör därför möjligheten att bereda barnpatienter systematisk tandvård under vuxentid alltjämt hållas öppen.

I fråga om systematisk tandvård, som meddelas barnklientelet på vuxentid, gäller att den principiellt är kostnadsfri för den vård sökande. Årlig avgift erlägges av vederbörande primärkommun och statsbidrag utgår till huvudmannen efter samma grunder som beträffande den organiserade barn tandvården. Emellertid föreskriver författningen, att barnet för att komma i åtnjutande av kostnadsfri vård skall vara skyldigt att dessförinnan underkasta sig »erforderlig behandling» mot avgift enligt folktandvårdstaxan, d. v. s. samma villkor som gäller för den, som icke varit ansluten till organiserad tandvård, från det tillfälle därtill först stått honom till buds, eller som utan giltigt förfall uteblir från föreskrivna revisioner. Olika meningar ha framförts i frågan, huruvida barn, som mottages för systematisk behandling på vuxentid, under alla förhållanden skall ersätta vid den första behandlingen uppkommande kostnader enligt folktandvårdstaxan. Har barnet deltagit i föreskrivna revisioner i den utsträckning organiserad barn tandvård kunnat anordnas och anmäles det därefter inom ett år till individuell systematisk tandvård på vuxentid, bör enligt de sakkunnigas mening *gällande bestämmelser* tolkas så, att även den första behandlingen skall meddelas utan kostnad för patienten. Föreskriften om skyldighet att ersätta vården enligt bestämmelserna i folktandvårdstaxan torde nämligen bottna i tanken att det allmänna icke bör belastas med de förhållandevis höga kostnader, som vanligen äro förenade med förstagångssanering av ett under årtal försummat bett. Sådant förhållande är emellertid icke för handen i nu åsyftat fall, där fråga är om en individ med vårdat bett, d. v. s. ett vanligt revisionsfall. Därest belastningen på en poliklinik är så stor, att barnet icke kan tagas under behandling inom normal tid efter närmast föregående revision, d. v. s. inom ett år, kunna visserligen erforderliga saneringsåtgärder bli omfattande och dyrbara, men för uppfattningen, att ej heller i sådant fall första behandlingen skall ersättas enligt folktandvårdstaxan, synes analogivis kunna åberopas föreskrifterna i 15 § 2 mom. sista stycket och 3 mom. 2 stycket beträffande barn eller ungdomar, som på grund av förhållandena vid polikliniken icke kunna erhålla behandling årligen. Dessa patienter äga ju det oaktat åtnjuta behandling kostnadsfritt, respektive mot nedsatt taxa.

Även om sålunda de sakkunniga hysa den uppfattningen, att barnklientelet bör bibehållas vid möjligheten att erhålla tandvård på vuxentid, ifråga-

sättes dock, om huvudmannen skall ikläda sig samma kostnader härför som för den organiserade barntandvården. Det förefaller principiellt riktigt, att all tandvård, som meddelas å annan tid än å den för organiserad tandvård anslagna, skall ersättas av den vårdsökande, och de sakkunniga förordade att gällande regler ändras i enlighet härmed. Det bör givetvis vara huvudmannen och/eller primärkommunen obetaget att av sociala skäl helt eller delvis bestrida kostnaderna.

Barn, som erhålla systematisk behandling å vuxentid, böra dock skäligen medgivas samma rätt till nedsättning med 25 procent å taxeavgifterna, som åtnjutes inom den systematiska ungdomstandvården.

För nu ifrågavarande barn har hittills avgift erlagts av primärkommun och statsbidrag utgått. Därest, såsom föreslagits, all behandling under vuxentid skall ersättas enligt taxa, torde emellertid statsbidrag icke vidare böra medgivas för dessa barn och ej heller primärkommunal avgift påföras. Härav föranledd inkomstminskning för huvudmännen lär dock mer än väl uppvägas av att vården taxebelägges, även om huvudmännen få vidkännas nedsättningen med 25 procent och eventuellt dessutom i viss utsträckning skulle medgiva ytterligare nedsättning, generellt eller efter individuell prövning.

Det synes icke möta större betänkligheter om all systematisk barntandvård utanför den organiserade tandvårdens ram skulle ersättas enligt en med 25 procent rabatterad folktandvårdstaxa. Härigenom vinnes administrativ förenkling, såtillvida att all tandvård, som meddelas under vuxentid, bleve taxebelagd. I sammanhanget bör även framhållas, att fråga är om en undantagsföreteelse, betingad av folktandvårdens i nuvarande läge otillräckliga resurser. Tillräckliga skäl saknas för att med kostnadsfri tandvård privilegiera vissa av de barn, vilka icke medhinnas under tiden för organiserad tandvård. Inom en utbyggd organisation avses ju praktiskt taget samtliga barn i skolåldrarna skola komma i åtnjutande av organiserad tandvård.

#### *Påföljd vid underlåtenhet att erlægga föreskriven ersättning för tandbehandling*

På vissa håll inom folktandvården har tveksamhet försports, huruvida vårdsökande, som underlåter att erlægga föreskriven avgift, skall kunna avstängas från fortsatt behandling, till dess avgiften erlagts.

8 § gällande folktandvårdstaxa stadgar skyldighet för vårdsökande att, där ej huvudmannen annat medgiver, erlægga betalning för varje gång, i den mån behandlingen fortskrider.

Motsvarande bestämmelse i 1951 års taxa (6 §) föreskrev att »betalning skall erläggas för varje gång i den mån behandlingen fortskrider».

Medicinalstyrelsens taxedelegation hade i avgivet förslag till folktandvårdstaxa föreslagit följande lydelse av 8 §:

Vårdsökande är skyldig att, där ej huvudmannen annat medgiver, erlägga betalning för varje gång, i den mån behandlingen fortskrider. Vårdsökande, som underlåter att betala debiterade ersättningar, kan icke göra anspråk på fortsatt behandling förrän desamma erlagts.

I sitt betänkande (sid. 46 f) anförde taxedelegationen bl. a. att frågor om debitering vid avbruten behandling icke så sällan förekommit och givit anledning till meningsskiljaktigheter. Bestämmelsen om att betalning skall erläggas för varje gång, i den mån behandlingen fortskrider, är enligt delegationen fullt riktig och välmotiverad. Om bestämmelsen efterföljes uppstå inga problem vid avbruten behandling, så länge det rör sig om tandläkararbeten, som utföras vid ett besök. Annorlunda blir förhållandet då det är fråga om större arbeten, t. ex. en guldbro eller en helprotes. Även i dylika fall är det viktigt att debitering sker och betalning erlägges för varje gång i den mån behandlingen fortskrider. Skulle i ett dylikt fall patienten avbryta behandlingen (och exempelvis vända sig till annan tandläkare), kan enligt delegationens uppfattning patienten ej äga återfå erlagt belopp, trots att det arbete det rör sig om, t. ex. en guldbro eller en helprotes ej färdigställts och utlämnats till patienten. Denne har nämligen beställt arbetet och tandläkaren har nedlagt tid och kostnader på detsamma.

I den skrivelse till Konungen från medicinalstyrelsen, till vilken styrelsen hade fogat taxedelegationens förslag, ifrågasatte styrelsen, om det förelåge något praktiskt behov att ändra den paragraf i gällande taxa, som reglerade frågan om betalning för varje gång i den mån behandlingen fortskred.

#### **De sakkunniga**

Enligt de sakkunnigas mening kan tvekan ej råda därom att en patient, som underlåter att ersätta utförd tandläkararbete, bör kunna vägras ytterligare behandling. Visserligen torde i rätt betydande omfattning förekomma, att vederbörande tandläkare med huvudmannens uttryckliga eller tysta medgivande av praktiska skäl uttager likvid först i samband med att behandlingen avslutats, åtminstone när det gäller patienter, vars solvens tandläkaren saknar anledning ifrågasätta. Men det förhållandet, att möjligheten enligt 8 § folktandvårdstaxan att påfordra successiv likvid icke utnyttjas, bör principiellt icke medföra rätt för en patient att vid senare tillfälle återkomma och erhålla ytterligare tandbehandling utan att dessförinnan ha reglerat sitt ekonomiska mellanhavande med folktandvården. Givetvis kunna fall uppkomma, då av humanitära skäl patient icke bör avvisas, även om han skulle häfta i skuld för tidigare utförd tandbehandling. Närmast gäller detta s. k. akuta fall, exempelvis plötsligt påkommen tandvärk eller tandskada till följd av olycksfall. Lika litet som i en motsvarande situation på den allmänna sjukvårdens område den sjuke eller skadade lämnas åt sitt öde, bör folktandvården här vägra att avhjälpa åtminstone de akuta be-



svären. Emellertid synes varken erforderligt eller lämpligt att inom folk-tandvårdens område lagfästa den självklara grundsatsen, att den som genom avtal om kredit erhållit vissa nyttigheter eller tjänster icke kan påfordra ytterligare prestation, förrän det tidigare mellanhavandet reglerats i enlighet med vad som må ha avtalats mellan parterna. Det torde få ankomma på huvudmännen att lämna vederbörande tandläkare erforderliga instruktioner inom förevarande område.

## KAPITEL X

### Tandregleringsvårdens organisation

#### Inledning

Frågan om de s. k. bettanomalierna och deras behandling inom folktandvården har i olika sammanhang uppmärksamrats. Sålunda framhöll 1946 års folktandvårdssakkunniga (SOU 1948: 53 sid. 79 ff.), att man av de tandläkare, vilka utöva tandreglering, måste fordra omfattande specialkunskaper samt stor erfarenhet och träning, därest goda resultat skulle uppnås. Behandlingsbehovet vore avsevärt; man hade beräknat, att ungefär var fjärde individ vore i påtagligt behov av behandling i någon form för att avhjälpa funktionella eller estetiska brister. De sakkunniga uppskattade hela folktandvårdens behov till omkring 200 ortodontister, men då en del av fallen ansågos kunna behandlas av distriktstandläkare, stannade man för ett behov av cirka 140. De sakkunniga uttalade vidare:

Det är tydligen ogörligt att inom överskådlig framtid tillgodose folktandvårdens behov av ortodontister, utan man blir nödsakad att lita till en högst begränsad organisation. Som ett mål vid den första utbyggnaden av den dentalortopediska vården vilja de sakkunniga angiva anställandet av två tandregleringsspecialister inom varje landstingsområde. Under utbyggnadstiden kan det visa sig lämpligt att anlita privata konsulter, men så snart ske kan bör särskild tandregleringsavdelning upprättas, där detta utan olägenhet låter sig göra, vid vederbörande centraltandpoliklinik. När så finnes lämpligt bör en tandregleringstjänst inrättas även vid någon av de större distriktstandpoliklinikerna, i geografiskt hänseende så belägen, att resekostnaden i görligaste mån nedbringas för det klientel, vars tandregleringsbehov icke tillgodoses vid centralrandpolikliniken.

Erfarenheten får utvisa, på vad sätt den ortodontiska behandlingen närmare skall utformas. I åtskilliga fall kan det visa sig överflödigt, att de vårdsökande inställa sig personligen på specialavdelningen. I anslutning till den konserverande behandlingen å distriktstandpolikliniken kan tandläkaren upprätta en beskrivning över tandställningen, kompletterad med käkmodeller och röntgenbilder samt därefter genom korrespondens med vederbörande specialist eller vid besök av denne erhålla behandlingsföreskrifter. Eventuellt blir någon konsultation å specialavdelning nödvändig, men fallet kan i huvudsak behandlas av distriktstandläkaren.

Enligt nämnda sakkunnigas i annat sammanhang uttalade mening (anförra betänkande sid. 48—49) skulle den systematiska behandling, som eftersträvades för bl. a. barn i skolåldern (6—15 år), omfatta jämväl sådan ortodontisk vård, som lämpligen kunde beredas inom folktandvården.

I prop. 1950: 84 uttalade departementschefen sin principiella anslutning till åsikten att tandreglering borde ingå i folktandvårdens uppgifter, så

snart möjligheter därtill finnes. Med hänsyn till bristen på specialister för sådan verksamhet syntes det ej bliva möjligt att inom överskådlig tid i någon nämnvärd utsträckning tillgodose behovet av dylik behandling. Departementschefen ville i dåvarande läge allenast fästa huvudmännens uppmärksamhet på frågan. Uttalandet lämnades utan erinran av riksdagen.

I medicinalstyrelsens kungörelse den 29 mars 1952 (M.F. nr 19) med tillämpningsföreskrifter till statsbidragskungörelsen m. m. föreskrevs, att systematisk behandling skulle omfatta bl. a. ortodontisk vård avseende sådan behandling av felaktigheter i tandställningen, som vore påkallad för erhållande av ett funktionellt tillfredsställande bett, dock endast i den mån härför kvalificerade tandläkare finnes knutna till folktandvården. Vidare uttalade styrelsen, att i de fall sådan behandling icke under visst kalenderår hunnit slutföras, ehuru vederbörande patient under året avslutat övrig till systematisk behandling hänförlig tandvård, intet hinder därigenom skulle föreligga för statsbidrags utbetalande till den sålunda lämnade vården.

På vissa huvudmäns initiativ har inom ett antal landstingskommuner och landstingsfria städer tandregleringsvård under ledning av specialutbildade tandläkare organiserats.

Den 1 juli 1959 funnos inom 17 landstingskommuner anställda sammanlagt 22 tandläkare med särskild utbildning i odontologisk ortopedi. Av städer utanför landsting ha Stockholm och Göteborg anordnat bettortopedisk specialvård. Antalet inom dessa städers folktandvård anställda specialister på området utgjorde vid nyssnämnda tidpunkt 14, respektive 5.

Inom landstingskommunerna har den specialistutbildade tandläkaren, vanligen benämnd länsortodontist, en fast stationeringsort med tillgång till erforderliga behandlingsutrymmen samt assistans av tandsköterska och tekniker. Länsortodontisten förestår i regel egen poliklinik, inrättad i anslutning till centraltandpoliklinik eller annan större poliklinik. Verksamheten har utformats efter något olika linjer inom de skilda landstingskommunerna. Undantagslöst bygger man dock på medverkan av distriktstandläkarna. På dessa ankommer att uttaga de barn, som anses vara i behov av tandregleringsvård. Dessa barn undersöks av länsortodontisten, som själv utför vissa behandlingar och i andra fall meddelar anvisningar till distriktstandläkaren. Den fortlöpande behandlingen anförtros i viss utsträckning distriktstandläkarna och kontrolleras av länsortodontisten vid dennes besök. I huvudsak endast mera komplicerade fall behandlas helt och hållet av länsortodontisten.

I Stockholm meddelas hithörande vård å Eastmaninstitutet alltsedan institutets öppnande 1936. Eastmaninstitutet fungerar därjämte som utbildningsanstalt med fyra arbetsplatser för blivande specialister. Vidare tjänstgöra ett antal ortodontister inom skoltandvården.

Inom folktandvården i Göteborg finnes inrättad en tandregleringspoli-

linik, enligt fastställd plan avsedd för åtta tandläkare, varav föreståndaren och ytterligare två tandläkare skola ha förvärvat fullständig utbildning i odontologisk ortopedi. För närvarande är vid polikliniken såsom förut nämnts fem tandläkare anställda. Två av dessa uppehålla assistentbefattningar och erhålla samtidigt en 5-årig specialistutbildning (egentlig utbildning under 3 år jämte 2 års specialisttjänstgöring).

I medicinalstyrelsens förutnämnda tillämpningsföreskrifter (M. F. 1952: 19) regleras förfarandet vid tillsättning av tandläkare med viss odontologisk specialitet. Sådan tandläkare skall tills vidare tillsättas av vederbörande hälsovårdsberedning (hälsovårdsstyrelse). För avgivande av förslag till besättande av ledigförklarad tjänst skall beredningen tillkalla särskild sakkunnig, vilken i regel bör vara professor vid tandläkarhögskola i det ämne, vartill den ifrågavarande specialiteten kan hänföras.

Genom cirkulär den 10 september 1954 utfärdade medicinalstyrelsen följande föreskrifter angående kompetenskrav för vissa specialister inom bettortopedi (M. F. nr 116):

För tandläkare, som skola vara chefer för den bettortopediska vården (tandregleringsvården) inom landstingskommuner och städer vilka ej tillhöra sådana kommuner, böra nedanstående kompetenskrav äga tillämpning:

I. Tre års specialutbildning vid tandläkarhögskola, Eastmaninstitutets dental-ortopediska avdelning eller den till folktandvården i Göteborg anslutna specialavdelningen för bettortopedi.

II. Två års specialtjänstgöring (heltidstjänstgöring, som bör fullgöras efter specialutbildning enligt ovan) vid någon av nyssnämnda institutioner eller hos erkänd specialist inom ämnesområdet.

Styrelsen vill tillika uttala angelägenheten av att den blivande specialisten i bettortopedi jämväl förskaffar sig ett par års erfarenhet från verksamhet inom allmän tandvård, företrädesvis inom ämnet barntandvård. Tjänstgöring inom folktandvården under här avsedd verksamhetsperiod tillmätes därvid särskild betydelse.

Under en övergångsperiod bör undantag kunna ifrågakomma från vissa delar av ovannämnda kompetenskrav. Hänsyn bör därvid tagas till god utländsk utbildning eller långvarig praktisk erfarenhet inom yrkesområdet.

#### **Medicinalstyrelsens förslag 1957**

I underdånig skrivelse den 9 februari 1957 framlade medicinalstyrelsen förslag till närmare bestämmelser angående organisationen av tandregleringsvården inom folktandvården innefattande förslag till ändringar i kunskörelsen den 22 september 1950 angående statsbidrag till folktandvården och i instruktionen samma dag för tandläkare inom folktandvården. Styrelsen föreslog därjämte att — där bettortopedisk specialvård anordnats — tandregleringsvården skulle göras beroende av särskild, av vederbörande målsman erlagd avgift att utgå under tiden för utförandet av tandregleringen.

Över förslaget ha yttranden avgivits av statskontoret, svenska landstingsförbundets styrelse, svenska stadsförbundets styrelse, lärarkollegiet vid

tandläkarhögskolan i Stockholm, Sveriges tandvårdsinspektörsförening samt Svenska tandläkare-sällskapet och Sveriges tandläkarförbund.

Kungl. Maj:t har den 20 december 1957 uppdragit åt de sakkunniga att till prövning upptaga i medicinalstyrelsens skrivelse avsedda förslag.

Medicinalstyrelsen erinrar i sin skrivelse om den hittills inom folktandvården bedrivna tandregleringsvårdens karaktär av försöksverksamhet. På grund av den rådande bristen på specialutbildade tandläkare måste man under en lång tid framöver lita till en begränsad organisation.

Enligt medicinalstyrelsens förslag skall tandregleringsvården bilda en särskild vårdform inom folktandvården vid sidan av distrikts- och anstalts-tandvården samt lasarettstandvården.

*Statskontoret* har i sitt yttrande ifrågasatt, om den rätta tidpunkten nu vore inne för en närmare reglering av den bettortopediska verksamheten. Ett främjande av ortodontin kunde på längre sikt befaras komma att skapa svårigheter eller i vart fall verka hämmande på den fortsatta utbyggnaden inom den rent konserverande tandvården, som fortfarande torde utgöra folktandvårdens angelägnaste uppgift.

#### **De sakkunniga**

I likhet med medicinalstyrelsen anse de sakkunniga tiden mogen att skapa en författningsenlig grundval för den bettortopediska verksamheten inom folktandvården. De sakkunniga vitsorda nämligen tandregleringsvårdens stora betydelse för en systematisk tandvård. De vilja dock samtidigt framhålla, att denna vårdform inom folktandvården icke får utvecklas på bekostnad av den konserverande vården för barn och ungdom. Det förhållandet att för närvarande ungefär en tredjedel av barnen i skolpliktig ålder och det stora flertalet ungdomar icke kunna beredas systematisk konserverande tandvård inom folktandvården manar till viss återhållsamhet i utbyggnadstakten. En försiktig utbyggnad av den bettortopediska vården torde emellertid icke alls eller endast i ringa mån verka återhållande på rekryteringen till distriktstandvården.

I detta sammanhang bör även beaktas, att tillgången på specialister är begränsad och att tillgängliga utbildningsmöjligheter icke torde kunna tillföra landet mer än 5—7 tandläkare med fullständig specialistutbildning per år. Av dessa torde endast ett fåtal komma att absorberas av den privata sektorn. Om man för folktandvårdens vidkommande räknar med ett årligt nettotillskott av 5 specialister skulle det — med utgångspunkt från nuvarande omkring 40 — dröja ett tjugotal år, innan det av 1946 års folktandvårdssakkunniga beräknade antalet erforderliga bettortopedier, 140 stycken, uppnåddes.

Tandregleringsvården inom folktandvården befinner sig ännu i sitt första utvecklingsstadium. Den verksamhet på hithörande område, som för närvarande bedrivs, måste alltså betraktas som en försöksverksamhet. Hit-

tills vunen erfarenhet ger dock vissa hållpunkter för den framtida utvecklingen.

Problemet får olika aspekter i storstäderna och i landstingskommunerna. Förutsatt att lokal- och personalresurser stå till förfogande i erforderlig utsträckning kan tandregleringsvård lättare genomföras i större befolkningscentra på grund av att vårdverksamheten utan egentliga olägenheter mer eller mindre kan centraliseras, vilket ur organisatoriska och ekonomiska synpunkter är till stor fördel, åtminstone när det gäller den mera avancerade vården.

För landstingskommunerna bli hithörande problem svårare att bemästra. På grund av de kostnader och den tidsspillan, som transport av samtliga eller de flesta tandregleringspatienter inom en landstingskommun till en eller ett par polikliniker för tandreglering skulle medföra, måste man räkna med en viss decentralisering. Detta skulle innebära, att en del bettortopediska behandlingar skulle utföras av distriktstandläkarna, samt att specialisterna i bettortopedi skulle bedriva viss ambulatorisk konsultationsverksamhet vid distriktstandpoliklinikerna och där i någon mån själva utföra bettortopediska behandlingar.

En långtgående decentralisering är emellertid ej möjlig. De bettortopediska specialisternas resor måste hållas inom rimliga gränser, om deras kvalificerade arbetskraft skall kunna utnyttjas. Distriktstandläkarna sakna i allmänhet erforderlig kompetens i bettortopedi, och därtill skulle ett mera omfattande arbete med bettortopediska behandlingar från distriktstandläkarnas sida alltför mycket inkräkta på den redan nu otillräckliga tiden för den konserverande tandvården.

Inom all barntandvård bör emellertid gälla, att tandläkaren ej enbart ägnar sig åt att reparera uppkomna kariesskador utan även kontinuerligt följer och övervakar bettutvecklingen. Jämsides med kariesbehandlingen kan tandläkaren då vidtaga åtskilliga enkla och föga tidskrävande åtgärder, som förebygga tandställningsfel eller avhjälpa redan uppkomna sådana. Upplagd på detta sätt med ett inslag av bettortopedisk profylax och behandling blir barntandvården dessutom mera intresseväckande, mindre monoton och tröttande. Man har anledning antaga, att den även skulle bli mera attraktiv för tandläkarna.

Med beaktande av här angivna principer finna de sakkunniga, att följande uppdelning av den bettortopediska vården inom folktandvården lämpligen bör genomföras. Distriktstandläkarna ägna barnen inom den organiserade barntandvården en kontinuerlig tillsyn med hänsyn till tand- och bettställning. I den mån tandställningsfel kunna förebyggas eller redan uppkomna fel kunna avhjälpas genom enkla och ej nämnvärt tidskrävande åtgärder, exempelvis slipningar, extraktioner, snedplan, ligaturdragningar, utföras sådana av distriktstandläkaren jämsides med annan behandling. Övriga patienter med tandställningsfel, för vilka behandling rimligen kan anses

indicerad, böra undersökas av specialisten i bettortopedi, när denne vid på förhand bestämd tid besöker distriktstandpolikliniken. Ett litet antal av dessa fall torde kunna bli föremål för behandling på distriktstandpolikliniken antingen av distriktstandläkaren efter specialistens anvisningar eller av specialisten personligen eller av de båda i samarbete. Andra barn — och man får förutsätta, att det här blir fråga om dem, för vilka vården är mest angelägen eller trängande — uttagas för vård vid landstingets poliklinik för tandreglering. I samtliga fall förutsättes, att föräldrarna önska, att barnet får erforderlig bettortopedisk vård samt äro villiga att, om betalningsförmåga föreligger, erlægga den avgift, som kan bliva bestämd.

För att effektivisera arbetet synes det lämpligt, att specialisten i bettortopedi instruerar distriktstandläkarna i fråga om diagnos, behandlingsprinciper och metoder, prognos m. m. dels vid sina besök på poliklinikerna, dels vid särskilt anordnade sammankomster för landstingets tandläkare.

Vid begränsad tillgång på tandläkare, såväl specialister som allmänpraktiserande, är det uppenbart, att ej alla barn och ungdomar med tandställningsfel kunna komma i åtnjutande av behandling. Ett genomförande av här angivet förslag skulle för vissa mellangrupper (med avseende på svårighetsgraden), medföra att de ej skulle erhålla tandregleringsvård även om sådan i och för sig vore önskvärd, medan de lättast behandlade samt de svåraste och mest angelägna fallen skulle behandlas.

Även om man sålunda i dagens läge endast i begränsad omfattning lär kunna tillgodose behovet av tandreglering, bör tandregleringsvården dock undan för undan utökas att omfatta alla åldrar inom den organiserade barn-tandvården, så att samtliga barn, som anses vara i behov av tandreglering, erhålla sådan. Det torde få ankomma på medicinalstyrelsen att vid behov utfärda erforderliga bestämmelser angående den närmare uppläggningsen av en systematisk tandregleringsvård.

### Organisation

Den av *medicinalstyrelsen* förordade organisationen av den bettortopediska vården har i huvudsak följande utformning.

Inom varje landstingskommun skall vara anställd en cheftandläkare för bettortopedi; vidare kunna anställas tandläkare, benämnda förste tandläkare för bettortopedi, samt assistenttandläkare ävensom tandsköterskor och tandtekniker.

Cheftandläkaren för bettortopedi skall vara chef för den bettortopediska vården inom landstingsområdet. Han skall följa bettortopediens utveckling, i samråd med tandvårdsinspektören organisera den bettortopediska vården inom landstingsområdet samt själv leda och övervaka densamma. Tandvårdsinspektören skall i samråd med cheftandläkaren för bettortopedi avgöra omfattningen av den bettortopediska vården vid distriktstandpoliklinikerna.

Cheftandläkaren för bettortopedi skall vidare vara föreståndare för den av de inom landstingsområdet belägna poliklinikerna för tandreglering, som är belägen i den ort där centraltandpoliklinik är inrättad. Förste tandläkare för bettortopedi skall tjänstgöra antingen såsom föreståndare för tandregleringspoliklinik eller bestrida annan tandläkartjänst å någon av landstingsområdets tandregleringspolikliniker.

*Sveriges tandläkarförbund och Svenska tandläkare-sällskapet* (i det följande benämnda tandläkarorganisationerna) ha i avgivet utlåtande föreslagit benämningen länspoliklinik för tandreglering för den tandregleringspoliklinik, som skall förestås av cheftandläkaren. Å denna poliklinik bör en av förste tandläkarna för bettortopedi tjänstgöra som biträdande cheftandläkare. Ytterligare föreslås inrättande av tjänster för tandläkare för bettortopedi, detta enär den kontinuerliga vården, vilken ofta sträcker sig över långa tidsperioder, icke anses på ett tillfredsställande sätt kunna skötas annat än av personal, som är mera fast knuten till verksamhetsområdet. Assistenttandläkartjänsterna avses skola vara utbildningstjänster med högst treårsförordnanden och endast kunna förekomma vid de länspolikliniker, som av medicinalstyrelsen auktoriserats för utbildning. Vid varje poliklinik bör enligt organisationerna finnas anställd en första tandsköterska. På teknikersidan bör inrättas tjänster för cheftandtekniker, förste tandtekniker och tandtekniker.

#### **De sakkunniga**

För den odontologiska specialitet, som tar sikte på tandställningsanomaliers behandling, har använts olika benämningar, såsom ortodonti, tandreglering, dentalortopedi, odontologisk ortopedi och bettortopedi. Enligt vad de sakkunniga inhämtat överensstämmer termen »bettortopedi» med den inom svensk odontologisk undervisning för närvarande tillämpade nomenklaturen. Emellertid torde uttrycket »tandreglering» närmare ansluta sig till vedertaget språkbruk och sålunda giva allmänheten en klarare föreställning om vad förevarande odontologiska specialitet innebär. De sakkunniga anse därför »tandreglering» såväl fristående som i skilda sammansättningar vara att föredraga framför »bettortopedi».

De sakkunniga förorda, att inom varje landstingsområde anställas en tandläkare med fullständig specialistutbildning såsom närmast ansvarig för den bettortopediska vården. I överensstämmelse med vad i det föregående anförts beträffande terminologien på förevarande område bör denna tandläkare benämnas cheftandläkare för tandregleringsvården. I mån av behov kunna ytterligare specialister anställas. Tandläkare inom tandregleringsvården skola vara knutna till särskilda polikliniker för tandreglering. I första hand inrättas sådan poliklinik som regel i den ort, där centralpoliklinik finnes eller avses skola inrättas. I den takt omständigheterna medgiva anordnas ytterligare polikliniker å härför främst ur befolknings- och kom-



munikationssynpunkter lämpade platser. Chefen för tandregleringsvården avses skola vara föreståndare för den poliklinik, som är belägen i central-tandpoliklinik-orten, förslagsvis benämnd central tandregleringspoliklinik. Å annan tandregleringspoliklinik skall specialistutbildad tandläkare tjänstgöra såsom föreståndare.

Vid poliklinikerna anställas därjämte vid behov ytterligare tandläkare för tandreglering samt assistenter. Vidare erfordras tandsköterskor och tillgång till tandtekniker.

Enligt de sakkunnigas mening bör blivande författning icke alltför ingående reglera tjänstebenämningarna inom tandregleringsvården. Den tjänstedifferentiering, som under förhandenvarande omständigheter anses bäst ägnad att främja utvecklingen inom specialområdet, torde i första hand få ankomma på huvudmännen, i förekommande fall efter förhandlingar med personalorganisationerna. Hinder bör i och för sig icke möta att införa tjänster för exempelvis biträdande cheftandläkare och förste tandläkare för tandreglering. Av huvudmannen upprättat organisationsförslag förutsättes skola godkännas av medicinalstyrelsen, lämpligen i den form att polikliniker och tandläkartjänster upptagas i folktandvårdsplanen, som fastställs av styrelsen. Av planen bör även framgå, huruvida å viss poliklinik assistenttandläkare må förordnas.

Även tandsköterskornas och tandteknikernas anställningsförhållanden böra regleras förhandlingsvägen. Det synes icke erforderligt att tekniker- och skötersketjänster redovisas i folktandvårdsplan. Det arbete, som kommer att åvila tandsköterska vid tandregleringspoliklinik, torde som regel icke vara mer kvalificerat än en ordinär tandsköterskas, även om den assistans, som tandregleringsspecialisten kräver, i åtskilliga hänseenden är av annan art än som erfordras inom den reguljära tandvården. På huvudmannen torde få ankomma att avgöra, huruvida befattningar som första tandsköterska skola inrättas. Beträffande tandteknikerna är redan enligt gällande bestämmelser — 7 § statsbidragskungörelsen — tjänstedifferentieringen överlämnad åt huvudmännen. Det kan förutsättas, att dessa vid uppgörande av personalstater för de tandtekniska laboratorier, vilka skola helt eller delvis betjäna tandregleringsvården, i tillämpliga delar följa de normer, som tillämpas vid övriga till folktandvården knutna laboratorier.

En ändamålsenlig uppläggning och organisation av tandregleringsvården förutsätter ett förtroendefullt och friktionsfritt samarbete mellan cheftandläkaren och tandvårdsinspektören. Även om anledning saknas antaga annat än att sådant samarbete regelmässigt kommer att etableras, böra dock klara gränslinjer eftersträvas mellan å ena sidan cheftandläkarens och å andra sidan tandvårdsinspektörens åligganden.

I sin kliniska verksamhet skall cheftandläkaren vara fristående från tandvårdsinspektören. Då det däremot gäller den organisatoriska delen av verksamheten, måste beaktas, att tandreglering till allra största delen, till

en början kanske uteslutande, kommer det klientel till godo, som tillhör den organiserade barntandvården och sålunda kommer att utgöra en del av distriktstandvården. Tandvårdsinspektören är den, som besitter erforderlig kännedom om och överblick av distriktstandvårdens arbetsuppgifter och resurser. I *administrativt* och *organisatoriskt* hänseende bör därför tandvårdsinspektören närmast under hälsovårdsstyrelsen vara den ledande icke blott inom distriktstandvården utan även på tandregleringens område. Åt tandvårdsinspektören bör uppdragas att efter samråd med cheftandläkaren avgöra frågor rörande omfattningen av distriktstandläkarnas medverkan vid meddelande av tandregleringsvård å distriktstandpoliklinikerna. Vid tillsättande av tjänster inom specialområdet böra förslag avgivas av tandvårdsinspektören efter hörande av cheftandläkaren.

Då det enligt de sakkunnigas mening icke är erforderligt att utöka kretsen av experter, som *obligatoriskt* skola kallas till hälsovårdsstyrelsens sammanträden, bör huvudmannen icke, såsom föreslagits av tandläkarorganisationerna, vara skyldig att kalla cheftandläkaren till sammanträde med hälsovårdsstyrelsen. Instruktionsmässigt bör dock fastställas skyldighet för cheftandläkare att, såvitt ske kan, på kallelse vara närvarande vid hälsovårdsstyrelsens sammanträden, där ärenden angående tandregleringsvården behandlas.

#### **Behörighet**

För behörighet som cheftandläkare och förste tandläkare för bettortopedi upptages i medicinalstyrelsens förslag — förutom generella behörighetsvillkor — krav på att vederbörande skall ha förvärvat särskild utbildning i bettortopedi och att han bör ha erfarenhet rörande barntandvård.

*Tandläkarorganisationerna* anse, att cheftandläkare och förste tandläkare skola ha förvärvat särskild utbildning och fullgjort särskild tjänstgöring i bettortopedi samt böra ha god erfarenhet rörande barntandvård. För de av organisationerna föreslagna tjänsterna såsom tandläkare för bettortopedi skulle fordras att ha förvärvat särskild utbildning i bettortopedi, varjämte sådan tandläkare bör ha god erfarenhet rörande barntandvård. *Sveriges tandvårdsinspektörsförening* godtager medicinalstyrelsens kompetensfordringar med den modifikationen att cheftandläkare och förste tandläkare *skall* — icke allenast bör — ha erfarenhet rörande barntandvård.

#### **De sakkunniga**

För tandläkare med ordinarie anställning inom tandregleringsvården bör enligt de sakkunnigas mening i princip krävas godkänd specialistkompetens. I överensstämmelse med vad som för närvarande gäller beträffande chefer för den bettortopediska vården enligt medicinalstyrelsens förenämnda cirkulär den 10 september 1954, kan sådan kompetens uppnås genom tre års specialutbildning och två års tjänstgöring å specialpoliklinik samt omkring två års erfarenhet som allmänpraktiker, varav åtminstone halva ti-

den bör avse barntandvård. Då barnklientelet med säkerhet kommer att dominera tandregleringsvården och med hänsyn till det nära samband som råder mellan denna vård och den konserverande vården måste folktandvårdens tandregleringsspecialister vara väl förfarna i barntandvård. De närmare bestämmelserna om utbildning och tjänstgöring torde lämpligen böra innefattas i särskild kungörelse, utfärdad av Kungl. Maj:t eller, efter nådigt bemyndigande, av medicinalstyrelsen. De sakkunniga vilja framhålla önskvärdheten av att liksom hittills under en övergångstid möjlighet hålles öppen att dispensera från de formella kompetenskraven med hänsyn till annan likvärdig meritering såsom god utbildning i utlandet eller långvarig praktisk erfarenhet inom specialområdet.

Den grundläggande specialistutbildningen bör, förutom vid tandläkarhögskolorna, Eastmaninstitutet i Stockholm och folktandvårdens tandregleringspoliklinik i Göteborg, åtminstone delvis kunna erhållas — efterhand som verksamheten utbygges — jämväl å vissa andra tandregleringspolikliniker under förutsättning att kompetenta handledare finnas å sådan poliklinik, vilket skulle kunna medföra en snabbare utbyggnadstakt.

Under utbildningstiden liksom under specialisttjänstgöringen förutsättes den blivande tandregleringsspecialisten vara förordnad som assistenttandläkare eller motsvarande.

För att nå specialistkompetens kräves enligt ovan som regel en tid av minst fem år jämte erforderlig allmänpraktik, framförallt avseende barn- tandvård. För att kunna hålla folktandvårdens tandregleringsvård på en hög nivå är det nödvändigt att kvalificerade specialister tillföras. Emellertid torde å andra sidan klientelet i viss omfattning kunna omhändertagas av tandläkare med något lägre kompetens. Å tandregleringspoliklinik, där redan finnas anställda en eller flera tandläkare med fullständig kompetens, bör hinder icke möta att tandläkare, som endast delvis uppfyller kraven på specialistkompetens, beredes ordinarie anställning. En sådan anordning kan bl. a. ur rekryteringssynpunkt visa sig lämplig.

#### **Tjänstetillsättning**

Enligt *medicinalstyrelsens* förslag skall cheftandläkare utnämnas av Kungl. Maj:t genom fullmakt enligt samma tillsättningsförfarande som för närvarande gäller för lasarettstandläkare. »Förste tandläkare» skall tillsättas av huvudmannen, som även äger förordna assistenttandläkare för högst tre år i sänder. *Tandläkarorganisationerna* ha yrkat, att förste tandläkare — med hänsyn till kompetenskraven — skall tillsättas i samma ordning som biträdande lasarettstandläkare, d. v. s. av medicinalstyrelsen efter förslag av hälsovårdsstyrelse.

#### **De sakkunniga**

Lasarettstandläkare äro de enda befattningshavare inom folktandvården, som tillsättes av Kungl. Maj:t. Denna anställningsform torde ha valts främst

för att markera, att lasarettstandläkare i egenskap av chef för sjukhusavdelning bör anses likställd med lasarettsläkare.

Det kan icke anses påkallat att inom folktandvårdens område utöka kretsen av fullmaktshavare. Det särskilda skäl, som enligt ovan kan åberopas för att lasarettstandläkare fått intaga en särställning, synes icke bärande beträffande cheftandläkare för tandreglering. Huvudmännen torde i princip själva böra tillsätta befattningshavare inom folktandvården. Från denna princip gäller för närvarande undantag — förutom beträffande lasarettstandläkare — för tandvårdsinspektör och biträdande lasarettstandläkare. Med hänsyn till att tandvårdsinspektören i sin egenskap av jämväl tillsynsmyndighetens förtroendeman får anses vara bärare av vissa statliga funktioner, synes det foljdriktigt att tjänsten tillsättes av medicinalstyrelsen. Att även biträdande lasarettstandläkare tillsätts av medicinalstyrelsen torde få ses mot bakgrunden av att jämlikt hittills gällande bestämmelser — 17 § i 1940 års sjukhuslag — biträdande lasarettsläkare förordnas av styrelsen. Det kan erinras om att enligt 17 § i 1959 års sjukhuslag (nr 112) biträdande överläkare (= biträdande lasarettsläkare) förordnas av sjukvårdsstyrelsen.

I anslutning till hittillsvarande praxis beträffande s. k. länsortodontister föreslå de sakkunniga att *såväl chef för tandregleringsvården som övriga med tandreglering sysselsatta tandläkare skola tillsättas av huvudmännen*. Vid tillsättning av sådan hithörande tjänst, för vilken särskilda behörighetsvillkor gäller, bör föreskrivas skyldighet för huvudmannen att inhämta utlåtande av särskild sakkunnig, företrädesvis professor inom ämnesområdet. Man torde icke vinna något på att förlägga utnämningrätten exempelvis till medicinalstyrelsen, vilket för övrigt skulle motverka den decentralisering av folktandvårdens organisation, som eftersträvas. — De sakkunniga föreslå i annat sammanhang att jämväl tillsättande av biträdande lasarettstandläkare skall ankomma på vederbörande huvudman.

#### Avgift för tandreglering

I den mån tandreglering utföres inom den organiserade barntandvårdens ram, utgår för närvarande icke någon särskild avgift härför. Från olika håll har framförts tanken, att en mindre avgift skulle fastställas för sådan behandling för att därmed bland annat trygga en större grad av aktsamhet om de ofta dyrbara anordningar, som äro erforderliga för ifrågavarande behandling. Överhuvud taget anses i detta fall erläggandet av en särskild avgift skapa garantier för att patienten och dennes målsman bemöda sig om att göra vad på dem ankommer för att behandlingen skall leda till åsyftat resultat. Det bör ej heller förbises, att anordnande av bettortopedisk specialvård är förenat med icke obetydliga kostnader för huvudmännen.

*Medicinalstyrelsen* har icke velat motsätta sig införande av en särskild avgift, avsedd att erläggas av vederbörande målsman, och därvid föreslagit att avgiften skulle fastställas att utgå under tiden för utförandet av tandregleringen med 25 kronor för patient och termin.

*Tandläkarorganisationerna* ha i sitt utlåtande över medicinalstyrelsens förslag tillstyrkt att avgift uttages och därvid förordad en uppdelning av den bettortopediska behandlingen på aktiva och passiva perioder ävensom att avgiften borde beräknas endast för aktiva perioder och — av praktiska skäl — icke per termin utan halvårsvis. Viss del av den beräknade avgiften, dock högst hälften, bör kunna uttagas i förskott.

*Lärarkollegiet vid tandläkarhögskolan i Stockholm* föreslår — efter mönster av vad som tillämpas vid högskolans avdelning för odontologisk ortopedi — en avgift om 75 kronor per termin, dock högst 600 kronor, jämte ersättning för de bettortopediska apparater, som äro erforderliga för behandlingens genomförande.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation har i yttrande till förbundet uttalat att den föreslagna avgiften vore alltför låg. Delegationen har rekommenderat en differentierad taxa och pekat på Stockholms stad, som av Kungl. Maj:t medgivits att uttaga avgift för tandregleringsvård även i samband med systematisk behandling. Stockholmstaxan är avvägd efter fallens svårighetsgrad och behandlingstidens längd och varierar mellan 30 och 600 kronor med möjlighet till nedsättning eller befrielse efter individuell behovsprövning. *Stadsförbundets styrelse* har i sitt utlåtande till Kungl. Maj:t instämt i delegationens yttrande men ifrågasatt, om man så oförbehållsamt kunde följa kraven på kostnadstäckning som delegationen förutsatt. Lösningen syntes vara en ökad statsbidragsgivning.

*Landstingsförbundets styrelse* ansluter sig till förslaget om avgift med 25 kronor per termin men ifrågasätter maximering till förslagsvis 200 kronor. Härjämte tillägger förbundet, att då frågan om taxa för tandregleringsvård av det vuxna klientelet f. n. är föremål för utredning inom en av medicinalstyrelsen tillsatt taxedelegation, skäl synes föreligga att ej taga ställning till avgifternas storlek för barnen, innan delegationens förslag framlagts.

*Statskontoret* har intet att erinra emot att avgift uttages för tandreglering i samband med systematisk behandling, men framhåller att förslaget härom innebär en principiell nyhet. Avgiftsfrågan bör bli föremål för taxedelegationens överväganden, innan definitivt beslut fattas.

#### **De sakkunniga**

Då här är fråga om tandvård av beskaffenhet att förut endast i mycket begränsad omfattning ha meddelats inom folktandvården, torde såsom skäl emot att avgift införes icke kunna åberopas, att den systematiska barntandvården hittills som regel lämnats utan kostnad för målsmännen. Den tandregleringsvård, som i viss omfattning alltjämt avses skola utföras av distriktstandläkare, bör givetvis — liksom hittills — vara kostnadsfri. Ej heller synes tillräckliga skäl föreligga att avgiftsbelägga annan sådan behandling, som endast i ringa mån påkallar medverkan av tandregleringsspecialist och för vars genomförande icke kräves bettortopedisk apparatur.

De sakkunniga har under angivna förutsättningar intet att erinra emot att tandregleringsvård avgiftsbelägges i nu avsedda fall. Tvekan kan råda, om avgiften skall differentieras med hänsyn till förekommande behandlingars svårighetsgrad eller om en enhetlig avgift per termin eller annan tidsenhet skall uttagas, och, i sistnämnda fall, om avgift skall utgå under hela behandlingstiden.

Vissa skäl tala i och för sig för en differentierad taxa, där avgiften sättes i relation till behandlingens svårighetsgrad och de faktiska kostnaderna. Enhetlig terminsavgift måste, för att icke beträffande relativt enkla fall framstå såsom oproportionerligt hög, bestämmas till ett belopp, som väsentligt understiger de verkliga kostnaderna, låt vara att dyrbarare behandlingar regelmässigt kräva längre behandlingstid medförande totalt proportionsvis högre avgifter. Vidare får beaktas, att enhetlig avgift innebär en administrativ förenkling i jämförelse med en differentierad taxa. Härtill kommer, att hittills saknas tillräckligt underlag för uppgörande av en differentierad taxa. Såsom i vissa remissyttranden framhållits pågår inom medicinalstyrelsens taxedelagtion för närvarande arbete med upprättande av förslag till särskild taxa för tandreglering, avsedd att tillämpas vid den avgiftsbelagda vården. Först sedan detta arbete slutförts, skulle den närmare utformningen kunna övervägas av en differentierad taxa för tandregleringsvård beträffande det barnklientel, som deltagar i systematisk tandvård. De sakkunniga ha därför stannat för att förorda enhetlig avgift.

En avgift av den storlek, medicinalstyrelsen föreslagit, kan, även om egentliga hållpunkter saknas för bedömning av dess skälighet, antagas bli tillräcklig för att främja Kooperation och aktsamhet med apparaturen samtidigt som huvudmännen beredes viss kostnadstäckning. Emellertid torde avgiften lämpligen böra utgå med 25 kronor per kalenderhalvår i stället för per termin. Vidare bör avgift utgå endast för s. k. aktiva behandlingsperioder, därvid föreskrift om maximering av den totala avgiften icke synes erforderlig. Bestämmelser om tandregleringsavgift böra intagas i folktandvårdstaxan.

Kostnaderna för tandreglering inom folktandvården torde med den nu föreslagna avgiften bli överkomliga för det stora flertalet familjeförsörjare. Därest i enstaka fall ekonomiska svårigheter skulle hindra genomförande av erforderlig tandreglering, synes man få förvänta att primärkommunerna eller huvudmännen skola träda emellan.

## KAPITEL XI

### Behörighetsvillkor för lasarettstandläkare

Enligt 2 § i 1950 års kungörelse angående statsbidrag till folktandvård skall såsom komplement till distriktstandpoliklinikerna inom landstingsområdet finnas en gemensam, i anslutning till landstingets centrallasarett eller därmed jämförligt sjukhus anordnad tandpoliklinik (centraltandpoliklinik), avsedd för dels mera komplicerade fall, vilka dit remitteras av tandläkare inom folktandvården eller av annan tandläkare eller av läkare, dels lasarettets eller sjukhusets patienter, dels ock folktandvård i övrigt.

Jämlikt 6 § i statsbidragskungörelsen skola vid centraltandpoliklinik vara anställda en tandläkare som föreståndare (lasarettstandläkare) samt en första tandsköterska. Vid behov må vid centraltandpoliklinik anställas biträdande lasarettstandläkare och assistenttandläkare.

Beträffande behörighet till lasarettstandläkartjänst föreskrives i 8 § statsbidragskungörelsen att lasarettstandläkare, förutom svenskt medborgarskap och legitimation som tandläkare eller av Kungl. Maj:t erhållet särskilt, icke begränsat tillstånd att inom riket utöva tandläkarkonsten, skall hava förvärvat *särskild utbildning i tandkirurgi, käkprotetik och käkortopedi samt bör hava erfarenhet av barntandvård.*

Ytterligare föreskrifter beträffande lasarettstandläkare återfinnas i 1950 års instruktion för tandläkare inom folktandvården.

I 7 § stadgas att lasarettstandläkaren skall vara föreståndare för centraltandpolikliniken.

Beträffande lasarettstandläkarens arbetsuppgifter gäller enligt 8 § bland annat, att han skall kostnadsfritt meddela å lasarettet intagna patienter den tandvård, som han efter samråd med vederbörande läkare finner av medicinska skäl påkallad, ävensom hålla poliklinisk mottagning dels för lämnande av tandvård i mera komplicerade fall åt personer, som av tandläkare inom folktandvården eller annan tandläkare eller av läkare remitterats till centraltandpoliklinik, dels ock, i den mån tiden medgiver, för meddelande av folktandvård i övrigt.

I 9 § föreskrives att lasarettstandläkare skall tillsättas av Kungl. Maj:t medelst fullmakt. Sedan vederbörligt kungörelseförfarande ägt rum och ansökningar inkommit, skall medicinalstyrelsen å förslag uppföra de tre i avseende å skicklighet och förtjänst främsta bland de sökande. Kan sökande åberopa framstående skicklighet å tandvårdsområdet, ådagalagd genom

berömvärd tjänstgöring å sjukhus, grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete, skall särskild hänsyn därtill tagas. Förslaget skall därefter överlämnas till vederbörande hälsovårdsstyrelse, som, efter hörande av direktionen för vederbörande sjukhus, har att avgiva förord för någon av de å förslaget uppförda, eller annan sökande, vilken av någon av dem, som inom medicinalstyrelsen deltagit i handläggningen av ärendet, ansetts böra erhålla förslagsrum.

Centraltandpoliklinikernas fristående ställning i förhållande till lasaretten har föranlett vissa invändningar från läkarkårens sida. I skrivelse den 31 juli 1947 till 1946 års folktandvårdssakkunniga hävdade Sveriges läkarförbund, att sjukhustandvården borde administreras inom ramen för den gängse lasarets- och sjukhusvården och icke som en del av folktandvårdens organisation. Sjukhustandvården borde ombesörjas av en tandvårdsavdelning, fullt jämställd med övriga sjukhusavdelningar och specialiteter och inorganiserad i sjukhusets hela plan under sjukhusets styresman och direktion. Chefen skulle vara över(tand)läkare med samma åligganden, förmåner och rättigheter som övriga överläkare. För tillgodoseende av folktandvårdens löpande vårdbehov borde inom de olika distrikten alla specialintressen vara företrädda så långt som är görligt.

I anledning av läkarförbundets skrivelse anförde 1946 års folktandvårdssakkunniga i sitt år 1948 avgivna betänkande (SOU 1948: 53).

Centraltandpolikliniker i enlighet med folktandvårdskungörelsen ha hittills anordnats i alltför ringa omfattning och varit i verksamhet alltför kort tid — de flesta ha inrättats 1947 och 1948 — för att man rättvist skall kunna bedöma organisationens lämplighet. De hittills vunna erfarenheterna ha emellertid varit i stort sett gynnsamma. De sakkunniga anse det därför icke vara tillrådligt att utan vägande skäl införa en helt ny, oprövad organisationsform. Ett bestämt skäl emot läkarförbundets förslag utgör dessutom det förhållandet, att det icke under överskådlig tid torde bli möjligt att tillföra folktandvården specialister i sådan omfattning att specialistvård skall kunna tillhandahållas inom distriktstandvårdens ram. En decentralisering av specialistvården blir även ekonomiskt oförmånlig därigenom att meddelande av specialistvård måste medföra ökade anspråk på distriktstandpoliklinikernas tekniska utrustning.

Medicinalstyrelsen uttalade i utlåtande den 11 mars 1949 över betänkandet, att styrelsen i stort sett delade de sakkunnigas mening beträffande gällande organisation av centraltandpoliklinikerna.

I proposition 1950: 84 anförde föredragande departementschefen:

Det främst från läkarhåll framförda förslaget, att centraltandpoliklinikerna skola frikopplas från folktandvården och underställas sjukhusens ledning kan jag icke biträda. Liksom de sakkunniga anser jag, att centraltandpoliklinikerna i administrativt hänseende alltjämt böra vara inordnade i folktandvården. Då landstingen äro huvudmän för både sjukhusen och centraltandpoliklinikerna, böra emellertid landstingens vederbörande organ verka för, att ett ur praktiska synpunkter tillfredsställande samarbete kommer till stånd.

Jämväl efter utfärdandet av gällande folktandvårdsförfattningar har läkarförbundet i olika sammanhang gjort gällande, att den nuvarande or-



ganisationen i vad avser centraltandpoliklinikerna icke vore lämplig. Sålunda anhöll Sveriges läkarförbund i skrivelse till medicinalstyrelsen den 14 juli 1953 om överläggningar i ämnet. Medicinalstyrelsen upptog med anledning härav frågan om centraltandpoliklinikernas ställning till förnyat övervägande och samrådde därvid med sitt huvudmannaråd. I överensstämmelse med huvudmannarådets uppfattning fann styrelsen icke skäl förorda något ändrat ståndpunktstagande i frågan och underströk i skrivelse till läkarförbundet den 20 mars 1954, att styrelsen icke ägde kännedom om att den nuvarande organisationen medförde några mera påtagliga olägenheter i fråga om centraltandpoliklinikernas samarbete med centrallasarettens olika avdelningar; genom åtgärder från landstingens verkställande organ kunde och borde detta samarbete regleras och centraltandpoliklinikernas personal underställas lasarettens ledning i allt vad som rör den inre ordningen (frågor rörande dagordning, hygien, hörsamhet mot styresman, syssloman, husmoder m. m.).

Med frågan om centraltandpoliklinikernas ställning sammanhånga de problem, som visat sig föreligga i fråga om *lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter, deras specialområdes avgränsning samt de behörighetsvillkor, som lämpligen böra uppställas för lasarettstandläkartjänster*. I samband särskilt med tillsättandet av sådana tjänster har framhållits, att i dessa hänseenden gällande författningsföreskrifter, för vilka i det föregående redogjorts, ej vore tillräckligt preciserade.

I en skrivelse den 11 december 1952 till medicinalstyrelsen i ett då aktuellt ärende angående tillsättande av lasarettstandläkare anförde Sveriges sjukhustandläkarförening beträffande centraltandpoliklinikernas arbetsuppgifter såsom de i praktiken gestaltade sig enligt årsberättelserna:

Såsom mycket viktiga uppgifter har man där behandlingar av akuta och kroniska infektioner i käkområdet. Det har visat sig att tandläkare gärna remittera fall med akuta, variga käkinflammationer till en centraltandpoliklinik, när dylik finnes i närheten. Det existerar här i landet centraltandpolikliniker, som årligen ha att behandla flera hundra dylika akuta fall. Vidare ha vi de svåra tanduttagningarna, däribland uttagning av retinerade tänder, vilka tandläkarna gärna remittera till centraltandpoliklinik, behandlingen av cystor och andra godartade svulster i käkområdet, av akuta och kroniska gingiviter av olika slag, av käkartrosor, behandlingen av progenier, utförandet av resektionsproteser efter tumöroperationer, obturatorer, behandling av i vanlig praxis icke behandlingsbara barn m. m. En annan viktig arbetsuppgift är den odontologiska utredningen av fall med misstänkt eller befarad dental fokalinfektion. Dyliga fall remitteras i stor utsträckning från internmedicinska, oftalmologiska, dermatologiska m. fl. avdelningar.

Frågan om lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter och ifrågavarande specialområdes avgränsning berördes av medicinalstyrelsen i en den 29 maj 1954 till Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsberedning avlåten skrivelse, därvid styrelsen bland annat uttalade:

— — — Sålunda böra fall av läpp- och gomspalter i allmänhet ej behandlas vid centraltandpoliklinik utan hänvisas till specialkliniker under ledning av special-

utbildade plastikkirurger. Lasarettstandläkaren bör ej gå in på öron-, näs- och Halsläkarens område, ej heller syssla med de maligna käktumörernas kirurgi och för övrigt hålla sig inom munhåle-käkområdet. — — —

Genom skrivelse den 8 mars 1955 beredde medicinalstyrelsen Sveriges läkarförbund och Sveriges tandläkarförbund, det sistnämnda efter hörande av Sveriges sjukhustandläkarförening, tillfälle att delgiva styrelsen sina synpunkter på frågan om lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter, specialområdets avgränsning samt behörighetsvillkor för lasarettstandläkartjänster.

I utlåtande den 25 oktober 1955 anförde Sveriges tandläkarförbund — i huvudsaklig överensstämmelse med vad sjukhustandläkarföreningen i en vid utlåtandet fogad skrivelse den 26 maj 1955 uttalat — beträffande lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter bland annat:

Huvudparten av de svenska lasarettstandläkarnas arbete ligger inom vissa speciella områden av odontologien, främst inom tandkirurgi och käkprotektik. Inom tandkirurgien förekommer behandlingar av skilda slag såsom uttagning av retinerade tänder, andra svårare tandextraktioner, cystaoperationer, rotspetsresektioner, gingivektomier, olika plastiska operationer, excision av godartade svulster i munhålan, behandling av akuta käkinfektioner av dentalt ursprung, av akuta gingiviter och stomatiter etc. Inom käkprotektiken förekommer främst den protetisk-ortopediska behandlingen av käkfrakturer, fixationsbehandling m. m. vid operativ behandling av mandibulär resp. maxillär protrusion, protetiskt-ortopedisk behandling av käkartrosor, behandling av käkläsa, utförandet av resektionsproteser och obturatorer och även ansiktsproteser. Andra viktiga arbetsuppgifter äro utredningar i misstänkta fokalinfektionsfall samt i stor utsträckning munsanering av dylika fall, utredningar i fall av ansikts- och huvudvärk av misstänkt dentalt ursprung eller oklar genes, diagnostik och i vissa fall behandling av munslemhinnans sjukdomar samt av systemsjukdomars, hudsjukdomars och allergiska sjukdomars orala manifestationer. En ganska framträdande plats intager vid åtskilliga centraltandpolikliniker tandvård åt svårbehandlade barn samt åt starkt oroliga, debila eller sinnessjuka vuxna, varvid behandlingen utföres under någon form av allmän anestesi. Härtill kommer anstaltsvård, varmed avses allmän tandvård eller annan odontologisk behandling på inneliggande klientel, huvudsakligen långvarigt eller kroniskt sjuka eller patienter som eljest icke kunna besöka tandläkare, ävensom »folktandvård i övrigt» i mån av tid.

Beträffande specialområdets avgränsning ansluter sig förbundet och föreningen till vad medicinalstyrelsen anför i ovannämnda skrivelse till hälso- och sjukvårdsberedningen i Malmöhus län. Vidkommande avgränsningen mot öron-, näs- och Halsläkarens område framhålles i förtydligande syfte, att exempelvis käkfrakturer, som i allmänhet behandlas av tandläkare, ofta äro kombinerade med frakturer av näsbenet. Sistnämnda frakturer böra äro givetvis behandlas av öron-, näs- och Halsläkaren. Mindre och medelstora

överkäkscystor tillkommer det i allmänhet tandläkaren att behandla. Större överkäkscystor — framför allt de som mera avsevärt inkräkta på sinus maxillaris, böra lämpligen behandlas av öron-, näs- och halsläkaren. Emellertid är det tandläkarens uppgift att svara för att eventuellt berörda tänder och deras rötter bliva sakkunnigt behandlade. I många fall av sjukdomar, defekter, anomalier eller skador inom käkområdet är det nödvändigt för uppnående av ett gott behandlingsresultat att samarbete etableras mellan tandläkaren och andra specialister, allmänkirurg, plastikkirurg, internist m. fl. Fördelningen av uppgifterna är mestadels självklar. Vid svårare ansikts- och käkskador bör tandläkaren sålunda inskränka sig till försörjning av skador berörande tänder, käkskelett och munslemhinna, under det att kirurgen eller plastikkirurgen ägnar sig åt de övriga skadorna. Vid kirurgisk-protetisk behandling av käkställningsanomalier är det tandläkarens uppgift att på grundval av utförd bettanalys konstruera och applicera lämplig fixationsapparat och i anslutning till operationen inställa bettet i det förutbestämda läget och fixera detsamma samt att tillsammans med operatören svara för övervakning av läkningsförloppet.

Enligt tandläkarorganisationernas uppfattning torde det vålla betydande svårigheter att hos en person samla all den mångsidiga utbildning och erfarenhet, som skulle fordras för att jämte odontologiens olika grenar väl behärska alla de speciella områden inom oto-laryngologi, allmän och speciell kirurgi, internmedicin, radiologi m. fl., vilka verksamheten vid en central-tandpoliklinik mer eller mindre intimt berör. Härtill kommer svårigheten för de flesta att mobilisera erforderliga ekonomiska resurser för en så omfattande utbildning. Tandläkarförbundet anser därför, att frågan för lasarettstandläkares del bör lösas på samma sätt som skett inom andra medicinska specialområden, nämligen genom samverkan. Denna lösning synes enligt förbundets mening vara den enda framkomliga och de här i landet vunna erfarenheterna synas helt leda till denna lösning. Emellertid bör lasarettstandläkaren förutom sina odontologiska specialkunskaper äga förhållandevis god orientering inom de medicinska områden, han kommer i beröring med, för att hans insatser i samarbetet skola bli så goda som möjligt.

Beträffande behörighetsvillkoren har förbundet och föreningen utöver den grundläggande tandläkarutbildningen i fråga om särskild vidareutbildning och meriterande tjänstgöring lagt tyngdpunkten vid den tandkirurgiska och käkprotetiska verksamheten med hänsyn jämväl tagen till erforderlig randutbildning. Lasarettstandläkaren skall inom lasarettet svara för den allmänt odontologiska sakkunskapen och erfarenheten och samtidigt fullt behärska de speciella arbetsuppgifter, som tillkomma honom. Vidare betonas värdet av att den blivande lasarettstandläkaren under sin utbildning och fortsatta tjänstgöring kommer i nära kontakt med sjukhusarbetet och alla dess speciella problem. Tandläkaren bör vinna insikt i och förståelse för

det biologiska skeendet vid hälsa och sjukdom samt erfarenhet i behandlingen av eljest svårt sjuka personer. Såsom en lämplig förberedelse för det samarbete, som erfordras inom sjukhusets ram, föreslås en obligatorisk tjänstgöring (auskultation) vid internmedicinsk klinik och centrallaboratorium.

Sveriges läkarförbund avgav yttrande den 10 november 1955, sedan förbundet samrått med stomatologföreningen, kirurgförbundet och lasarettsläkarföreningen.

Förbundet framhöll, att en lasarettstandläkare såsom representant för specialiteten odontologi (tandvård) hade mycket stora och vittomfattande arbetsuppgifter. Han måste därför äga en allsidig utbildning på ett fast odontologiskt-medicinskt underlag. Sjukhustandvårdens avgränsning kan endast bestämmas av odontologiens utveckling. Dess gränser äro för närvarande mycket vida och flytande. Lasarettstandläkaren måste kunna överblicka hela området ävensom gränsområdena och mera specialbetonade frågor. Han måste förstå hur odontologi och övriga medicinska specialiteter gripa in i varandra och på vad sätt de kunna tjäna varandra när det gäller profylax, hälsovård och sjukvård. Vid utformningen av behörighetskraven för lasarettstandläkare måste följaktligen beaktas och uppställas krav på en allsidig utbildning med tonvikten lagd på de ämnesområden, som ha den största betydelsen för och äro mest representerade inom lasarettstandvården, nämligen tandkirurgi, käkprotetik och käkortopedi samt tandröntgenologi. Lasarettstandläkaren skall kunna sammanfoga alla led i det viktiga utredningsarbetet för ställandet av en riktig diagnos och för genomförandet av en riktig behandling med hänsynstagande till ej endast rent odontologiska problem utan vad som är lika viktigt deras inlemmande i det allmänmedicinska sammanhanget.

Enligt läkarförbundet skulle det vara av värde om såsom behörighetsvillkor för lasarettstandläkare kunde uppställas krav på medicine licentiatexamen. Lasarettstandläkaren är chef för en sjukhusavdelning med stark anknytning till andra avdelningar, varför en bred allmänmedicinsk underbyggnad måste tillmätas mycket stort meritvärde. Emellertid finnes ännu så få tandläkare med läkarutbildning, att det i praktiken ej är möjligt att upprätthålla ett sådant krav. I nuvarande läge skulle det dock vara av betydelse om medicine licentiatexamen åsattes ett sådant meritvärde att sökande med denna examen skulle komma att gå före sökande med enbart tandläkarexamen.

Medicinalstyrelsen infortrade härefter utlåtanden från medlemmarna av styrelsens vetenskapliga råd professorerna G. Y. Hildebrand, A. Lundström, O. Norberg och G. Westin.

Hildebrand förklarade sig i stort sett biträda tandläkarförbundets yttrande den 25 oktober 1955. Beträffande krav på allmänodontologisk praktik

uttalade Hildebrand, att fem års verksamhet i allmänpraktik vore ett ofrånkomligt minimum. Verksamheten borde fördelas ungefär lika på folktandvård och enskild tandvård (privatpraktik). För den praktisk-klinisk-odontologiska specialutbildningen beräknade Hildebrand en tid av likaledes fem år, fördelade med sammanlagt tre år på olika avdelningar å tandläkarhögskola, nio månader på öron-, näs- och halsavdelning, internmedicinsk klinik och centrallaboratorium samt plastikkirurgisk avdelning och slutligen ett år och tre månader vid centraltandpoliklinik, som av medicinalstyrelsen erhållit särskild auktorisation. Hildebrand erinrade slutligen om framkomna förslag att centralisera käkskadevården till ett antal käkstationer, som var och en skulle ledas av plastikkirurg, käkortoped och käkprotetiker. Med käkortopedi skulle då menas den ortopediska behandlingen av gomspalter och frakturer på barn. I den mån dessa käkstationer utbyggas, kommer uppenbarligen lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter inom käkskadevården att minska, allteftersom en centralisering till käkstationerna praktiskt kan genomföras. Enligt Hildebrands uppfattning kommer dock specialområdets avgränsning icke att påverkas genom inrättande av käkstationer.

Lundström, Norberg och Westin anförde uti avgivet yttrande, att de icke ägde tillräcklig kännedom om ifrågavarande poliklinikers verksamhet eller lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter för att kunna bedöma frågan om kompetensfordringarna för befattningshavarna. Av handlingarna i ärendet syntes framgå att tandkirurgisk specialutbildning torde vara nödvändig, men omfattningen och karaktären av densamma kunde icke avgöras. Det slutliga ställningstagandet till frågan om inrättande av regionala käkstationer för sådana komplicerade käkfall, vilkas behandling kräva koordinerade insatser av flera specialister, bleve avgörande för centraltandpoliklinikernas uppgifter i käkortopediskt och käkprotetiskt avseende. Ställning kunde icke nu tagas till frågan, huruvida specialutbildning i käkprotetik bör ingå i kompetenskraven för lasarettstandläkare. Slutligen ansågs nödvändigt att klarlägga det vetenskapliga forskningsarbetets mål och medel för att kunna bedöma betydelsen av självständig vetenskaplig utbildning inom meriteringen för lasarettstandläkartjänst. Yttrandet utmynnade i en anhållan om utredning över centraltandpoliklinikernas nuvarande och blivande verksamhetsområde och om lasarettstandläkarnas därmed förbundna arbetsuppgifter.

I skrivelse den 23 januari 1958 till statsrådet och chefen för kungl. inrikesdepartementet förklarade medicinalstyrelsen sig ha funnit ytterligare utredning — omfattande en analys av centraltandpoliklinikernas nuvarande verksamhetsområde ävensom lasarettstandläkarnas därmed förbundna arbetsuppgifter — erforderlig. En sådan utredning borde även bilda underlag för bedömning av lasarettstandläkarinstitutionens framtida organisation bland annat med hänsyn till behovet av särskilda specialister för vissa delar av odontologien.

Med departementschefsskrivelse den 23 maj 1958 ha samtliga handlingar i ärendet överlämnats till 1957 års folktandvårdssakkunniga för att tagas under övervägande vid fullgörandet av de sakkunnigas uppdrag.

#### De sakkunniga

Såsom av den föregående redogörelsen framgår har vid olika tillfällen från läkarhåll framställts *förslag att centraltandpoliklinikerna skulle lösas från folktandvården* och såsom särskilda tandvårdsavdelningar, fullt jämställda med övriga sjukhusavdelningar och specialiteter, *inordnas i sjukhusets plan under sjukhusets styresman och direktion.*

Historiskt sett höra centraltandpoliklinikerna organisatoriskt samman med folktandvården. Dessa polikliniker tillkommo bl. a. för att omhänderta de mera komplicerade fall, som icke lämpligen kunde behandlas å distriktstandpoliklinikerna eller hos privatpraktiserande tandläkare. För att giva centraltandpoliklinikerna erforderliga resurser och samtidigt kunna lösa det sedan länge konstaterade behovet av utökad odontologisk verksamhet vid sjukhusen, bl. a. för vissa utredningar och specialbehandlingar, ansågs det lämpligt att förlägga centraltandpoliklinikerna till sjukhus.

Med hänsyn till bristen på specialutbildade tandläkare torde det vara orealistiskt att tänka sig att distriktstandvårdens behov av specialisttandvård f. n. i någon större utsträckning skulle kunna tillgodoses genom specialister, anställda å vissa större distriktstandpolikliniker.

Från styresmannens eller lasarettssysslomannens synpunkt kan det knappast vara till nackdel att centraltandpolikliniken organisatoriskt ej sorterar under lasarettets direktion. Man får i realiteten en avdelning inom lasarettet, som i önskad utsträckning ställes till de olika lasarettensavdelningarnas förfogande, utan att man behöver ha nämnvärt besvär för denna avdelning ur administrativ eller annan synpunkt. Såvitt hittills blivit bekant har genom den nuvarande organisationsformen ej uppkommit några olägenheter. Det kan även befaras, att om centraltandpoliklinikerna inordnades i sjukhusorganisationen, poliklinikerna skulle komma att övervägande utnyttjas av sjukhuset till men för folktandvården. Genom att lasarettstandvården sammanhålls med folktandvårdsorganisationen och icke enbart tillhör vederbörande lasarett, kan den centrala tillsynen över folktandvården i dess helhet utövas av det organ inom medicinalstyrelsen, som eljest handlägger tandvårdsärenden, d. v. s. tandvårdsbyrån.

De sakkunniga äro därför av den uppfattningen, att centraltandpoliklinikerna alltjämt böra tillhöra folktandvårdsorganisationen.

Frågan om behörighetsvillkor för lasarettstandläkare beror uppenbarligen på beskaffenheten och omfattningen av de *arbetsuppgifter, som böra tillkomma centraltandpoliklinikerna*, och i samband därmed på frågan om *verksamhetsområdets avgränsning.*

För att belysa centraltandpoliklinikernas arbetsuppgifter ha de sakkun-

niga låtit göra vissa sammanställningar ur de årsberättelser, som inkommit till medicinalstyrelsen rörande centraltandpoliklinikerna, avseende år 1957.

Detta har emellertid mött vissa svårigheter på grund av den bristande enhetligheten i fråga om nomenklaturen, bl. a. den som intresserar lasarettstandvården. Medicinalstyrelsen har, enligt vad de sakkunniga inhämtat, i samarbete med professorerna i tandkirurgi Hertz och Björn denna fråga under överbäggande. Då spörsmålet sålunda ännu ej är löst, har materialet kunnat bearbetas endast i begränsad omfattning och i form av en översiktlig sammanställning, se *Bilaga 2*. Sammanställningen torde emellertid giva en för nu ifrågavarande ändamål tillräckligt god uppfattning om arbetsuppgifternas beskaffenhet och deras omfattning.

Den egentliga sjukhustandvården, d. v. s. remisser från sjukhusens olika avdelningar för slutna vård, utgör omkring 30 procent av samtliga fall. Remisstandvården i egentlig mening (från tandläkare inom folktandvården eller annan tandläkare eller av läkare) motsvarar cirka 60 procent. Återstående 10 procent utgöres av »folktandvård i övrigt». Sistnämnda slag av tandvård förekommer i mycket växlande omfattning; vissa centraltandpolikliniker ha på grund av arbetsbelastning praktiskt taget icke kunnat lämna någon sådan tandvård. Vid centraltandpoliklinikerna är omkring 20 procent av samtliga patienter under 16 år.

Av remisserna från den slutna vården å lasaretten utgöra de från medicinska avdelningarna kommande ungefär en tredjedel av samtliga. Därefter komma öron-, näs- och halsavdelningarna med ungefär 15 procent. Av liknande storleksordning är antalet fall från reumatikeravdelningarna. I övrigt förekomma fall från praktiskt taget samtliga sjukhusavdelningar. Inom den egentliga remisstandvården har ungefär tre fjärdedelar av fallen hänvisats till centraltandpoliklinikerna av tandläkare och återstoden av läkare.

De sakkunniga ha genom denna granskning av årsrapporterna och av upplysningar, som i övrigt stått till buds, kommit till den bestämda uppfattningen, att de arbetsuppgifter, för vilka centraltandpoliklinikerna från början avsetts, också i praktiken kommit att utgöra de huvudsakliga objekten för verksamheten vid dessa polikliniker. Erfarenheten från det dagliga arbetet vid poliklinikerna visar sålunda, att såväl läkare vid vederbörande sjukhus som tandläkare inom och utom folktandvården har behov av att just på dessa områden anlita särskild expertis. Intet har under utredningsarbetet framkommit, som skulle kunna motivera en mera omfattande omläggning av poliklinikernas verksamhet. Detta utesluter naturligtvis icke att behov av ytterligare specialgrenar vid centraltandpoliklinikerna redan aktualiserats och än mer i framtiden kan komma att aktualiseras. De sakkunniga återkomma i det följande till detta spörsmål.

I 8 § statsbidragskungörelsen upptagna behörighetsvillkor för lasarettstandläkare innefatta bl. a. fordringar på särskild utbildning i »tandkirurgi, käkprotetik och käkortopedi», vilka benämningar stått i överensstämmelse med tidigare gällande undervisningsplan.

Nu har emellertid nomenklaturen på förevarande område i viss mån ändrats i undervisningsplanen för tandläkarhögskolorna. Ämnet »käkprotetik», som motsvarar det tidigare »käkprotetik och käkortopedi», och som ingår i huvudämnet proteslära, innefattar sålunda bl. a. läran om käkfraktur och progeniers protetiskt-ortopediska behandling. Såsom käkortopedi åter betecknas nu, åtminstone tills vidare, en specialgren av ämnet odontologisk ortopedi, avseende ortopediska specialbehandlingar av vissa medfödda käkdeformiteter, exempelvis läpp-, käk- och gomdefekter ävensom i viss omfattning av förvärvade sådana defekter.

Medicinalstyrelsen föreslog i skrivelse till Kungl. Maj:t den 9 februari 1957 angående den bettortopediska vårdens organisation inom folktandvården m. m. bland annat att 8 § statsbidragskungörelsen, såvitt nu är i fråga, skulle lyda: »... särskild utbildning i tandkirurgi och käkprotetik, innefattande jämväl käkskadebehandling...».

De sakkunniga, som bibragts den uppfattningen att nomenklaturfrågan på förevarande område ännu ej fått sin slutliga lösning, ansluta sig till den av medicinalstyrelsen förordade formuleringen av ifrågavarande behörighetsvillkor.

Lasarettstandläkarens arbete är i främsta rummet hänförligt till *tandkirurgi*ns samt *käkprotetik*ns inklusive *käkskadebehandling*ns områden.

Inom den *tandkirurgi*, som utgör en väsentlig del av verksamheten vid centraltandpoliklinikerna, utföras komplicerade tandextraktioner av olika slag, exempelvis av i käkarna kvarliggande, ej frambrutna tänder, rotspetsresektioner och cystaoperationer samt olika slag av mjukvävnads- och benplastik i käkområdet, bland annat såsom förberedelse till insättande av proteser. Till de vanligare behandlingsfallen höra även akuta, variga käkinflammationer, utgående från tänderna, samt den kirurgiska behandlingen av paradentos, ävensom vissa kirurgiska behandlingar vid käkfrakturer och andra olycksfallsskador på tänder och käkar.

På *käkprotetik*ns jämte *käkskadebehandling*ns områden kan såsom exempel på centraltandpoliklinikernas arbetsuppgifter nämnas utförande av operations- och resektionsproteser, obturatorer samt ansiktsproteser. I viss omfattning remitteras även mera komplicerade tandprotesfall till centraltandpoliklinikerna. Vidare må nämnas protetiskt-ortopedisk behandling av käkfrakturer antingen i över- eller underkäken eller bådadera, ofta i kombination med tandskador. Dessa käkskador ha under senare år uppvisat en stigande frekvens bl. a. beroende på en ökning av antalet trafikolycksfall. Ytterligare märkes planläggning och utförande av fixationer och vissa bettkorrigeringar m. m. i samband med operativ behandling av progeni (framskjutande underkäke), protetiskt-ortopedisk behandling av käkläsa och habituella käkledsluxationer.

Bland *övriga arbetsuppgifter* å en centraltandpoliklinik märkas utredningar i misstänkta folkalinfektionsfall, utredning för diagnos samt behand-



ling av munslemhinnans sjukdomar, innefattande jämväl allmänsjukdomars manifestationer i munhålan, ett område som i den anglo-amerikanska världen sammanfattningsvis ofta benämnes »oral medicine». Härtill kommer tandvård i narkos åt eljest icke behandlingsbara patienter, såväl barn som vuxna, ofta psykiskt efterblivna eller spastiker, ävensom tandvård på medicinska grunder åt inneliggande lasarettsklientel samt »folktandvård i övrigt».

Lasarettstandläkarnas arbetsuppgifter böra ej avgränsas alltför snävt, men vissa gränsdragningar måste dock göras gentemot andra specialiteter. Fall, härförliga till käk- och ansiktsmissbildningarnas samt till de elaktade tumörernas kirurgi, ankomma icke på lasarettstandläkare att handlägga. Motsvarande gäller en del mera omfattande kirurgiska behandlingar som erfordras i vissa käkfrakturfall. En del större cystor, framför allt de, som uppträda i käkhåleregionen eller i mer eller mindre direkt anslutning till densamma, ävensom svårartade varbildningar, som kräva patients intagning på sjukhus, höra hemma på öron-, näs- och halsavdelning eller böra behandlas av centraltandpolikliniken i samarbete med de nämnda avdelningarna. Övriga hithörande fall, i huvudsak sådana som lämpligen behandlas polikliniskt, hänföres direkt till centraltandpolikliniken.

Centraltandpoliklinikerna ha hittills icke förfogat över egna sängplatser, och behov därav föreligger ej heller enligt de sakkunnigas mening. Det fåtal patienter, som icke kan behandlas ambulatoriskt, får inläggas på sluten avdelning inom lasarettet. Härför har hittills närmast kommit i fråga öron-, näs- och halsavdelning, kirurgisk eller plastikkirurgisk avdelning. Vid val av avdelning bör beaktas, att tand- och käkfallen många gånger äro starkt infekterade.

Enligt de sakkunnigas uppfattning är det väl tänkbart, att verksamheten å centraltandpoliklinikerna utvecklas i sådan riktning att till poliklinikerna knyts tandläkare med vissa särskilda arbetsuppgifter. Innan de sakkunniga övergå till att avhandla detta spörsmål skall frågan om s. k. *käkcentraler* beröras.

I SOU 1958: 26, Regionsjukvården, har förordats att vid ett vart av de föreslagna regionsjukhusen Stockholm, Uppsala, Lund, Göteborg, Umeå samt Linköping, eventuellt annan ort, skall skapas en käkcentral, utgörande en arbetsenhet för behandling av komplicerade käkfrakturer med ansiktsskador, käkställningsanomalier, läpp-, käk- och gomdefekter samt rekonstruktioner inom ansikte och käkar. Denna funktionella enhet skall enligt utredningsmannen åstadkommas genom medverkan av plastikkirurgiska kliniker, öron-, näs- och halsklinik och »nyttillkommande expertis för käkortopedi och käkprotetik».

I utlåtande den 17 november 1958 över betänkandet anförde medicinalstyrelsen bland annat: Något särskilt stadgande om vem som skall ha den ledande funktionen inom den för vården av komplicerade käkfall erforderliga samarbets-

gruppen, är enligt styrelsens hittillsvarande erfarenhet från verksamheten vid sådana sjukhus, där centraltandpoliklinik finnes inrättad, ej påkallat. Ansvar för ineliggande patienters allmänna vård har i dessa fall åvilat vederbörande läkare. Beträffande patienter i öppen vård har ansvaret åvilat respektive specialist vid sjukhuset. Med beaktande härav anser medicinalstyrelsen, att utredningsmannens uttalande, att odontologiens olika grenar böra sammanhållas och beredas en självständig position inom regionsjukhuset, bör betraktas som en vägledande princip vid det fortsatta lösandet av hithörande speciella arbetsuppgifter.

Inrättandet av käkcentraler kan icke anses innebära att någon ny avdelning tillföres lasarettsvården. Käkcentralen är att betrakta som ett uttryck för det samarbete, som måste etableras och som för övrigt i viss omfattning redan förekommer mellan tandläkare och läkare inom olika specialiteter, framför allt då det gäller vissa svårare fall av käkfrakturer, progenibehandlingar samt gomspaltfall.

I de städer, där regionsjukhus icke kan repliera på befintlig tandläkarhögskola, synes naturligt att redan inrättade centraltandpolikliniker komma att bilda den odontologiska komponenten i nämnda samarbete. Något behov av självständiga käkcentraler vid sidan av förefintliga centraltandpolikliniker förefinnes enligt de sakkunnigas mening icke. Beträffande Stockholm, Umeå och Malmö-Lund kan dock hänsyn till högskolornas behov av patientmaterial för den kliniska undervisningen föranleda vissa modifikationer och speciella anordningar.

I största möjliga utsträckning böra — icke minst med hänsyn till transportsvårigheter och av kostnadsskäl — de komplicerade odontologiska fallen behandlas å centraltandpoliklinik i den landstingskommun eller stad, där patienten är bosatt. Sålunda synes det stora flertalet käkfrakturer med fördel kunna behandlas å centralpoliklinik. Å andra sidan torde exempelvis det alldeles övervägande antalet operativa behandlingsfall av läpp-, käk- och gomdefekter böra sammanföras till regionsjukhusen och därmed komma in i de planerade käkcentralernas intressesfär. Men den bettortopediska behandlingen av dessa fall, som fordrar lång tid och kräver ett flertal kontroller, bör i princip kunna utföras av länsortodontist eller motsvarande, vare sig denne har sin tjänstgöring förlagd till centraltandpoliklinik eller ej.

Tillkomsten av käkcentraler kan påkalla anlitande vid regionsjukhusens centraltandpolikliniker av tandläkare med särskild utbildning inom vissa odontologiska specialområden, som lasarettstamläkaren icke kan förutsättas helt behärska. Jämväl verksamheten i övrigt vid centraltandpoliklinikerna, oavsett huruvida de äro belägna i anslutning till regionsjukhus, kan väl tänkas gå mot anlitande för speciella uppgifter av (ev. partiellt tjänstgörande) tandläkare med särskild utbildning. Bland odontologiska specialgrenar, som, såvitt nu kan bedömas, kunna tänkas komma att företrädas av särskilda tandläkare må framhållas rotbehandlingsläran, tandlossnandets sjukdomar och barntandvård.

*Rotbehandlingsteknikens* utveckling aktualiserar behovet av tandläkare

med specialutbildning på detta område. — Erfarenheten visar vidare att *tandlossnandets sjukdomar* — de s. k. parodontopatierna — icke ägnas tillbörlig uppmärksamhet inom tandvårdsverksamheten. Ett utvidgat remissförfarande bör eftersträvas på detta område. Härav föranledd ökning av centraltandpoliklinikernas arbetsuppgifter torde dock svårigen kunna bemästras utan personalförstärkning, eventuellt i den form att en specialist på området deltidsanställes. Verksamheten vid centraltandpolikliniken bör här främst inriktas på diagnostik och rådgivning angående behandlingen samt utförandet av vissa, huvudsakligen kirurgiska ingrepp. Däremot böra tidsödande bettrekonstruktioner som regel icke utföras å centraltandpolikliniken.

*Barn tandvården* intager en framträdande plats på centraltandpoliklinikerna, bland annat med hänsyn till att som förut nämnts en icke ringa del av klientelet består av barn. En viktig uppgift på förevarande område utgör tandvård åt särskilt svårbehandlade barn. Denna behandling måste i ett stort antal fall försiggå under narkos. Vid narkosgivning bör i samma utsträckning som hittills medverka läkare, i första hand narkosläkare, där sådan finnes att tillgå. De sakkunniga vilja icke förorda, att åt tandläkare inrymmas ökade befogenheter att meddela narkos.

Enligt de sakkunnigas uppfattning kan det för närvarande icke anses motiverat att å centraltandpoliklinik anställa särskild dentalröntgenologisk expertis. Självfallet förutsättes att lasarettstandläkare väl behärskar tekniken vid intraorala ävensom vid eventuellt erforderliga extraorala exponeringar samt dental röntgendiagnostik. För den extraorala röntgenundersökningen av käkarna torde lasarettets röntgenavdelning i allmänhet böra anlitas, såsom till exempel då det gäller käk- och ansiktsfrakturer.

Med hänsyn till vad i det föregående anförts angående arbetsuppgifter och därav betingade kompetenskrav bör *den blivande lasarettstandläkarens särskilda utbildning* inriktas på tandkirurgi och käkprotetikens jämte käkskadebehandlingens områden. Särskilt inom sistnämnda områden måste studierna efter tandläkarexamen kompletteras, vilket bör beaktas vid den närmare utformningen av den särskilda utbildningsgången för lasarettstandläkare.

Från läkarförbundets sida har framhållits betydelsen av att lasarettstandläkare tillika vore legitimerad läkare. Bland annat med hänsyn till den knappa tillgången på tandläkare med med. lic.-examen har förbundet dock icke ansett sig kunna upprätthålla krav på dylik utbildning såsom obligatorisk för lasarettstandläkare.

Givetvis är en med. lic.-examen i och för sig en betydande merit för en lasarettstandläkare. För denna examen krävas dock omfattande kunskaper jämväl på ett flertal områden, som sakna direkt anknytning till odontologien. Med hänsyn till de vittgående krav på allmän och speciell odontologisk utbildning, som synas böra uppställas för lasarettstandläkare, och den tid,

som erfordras för behörighetens förvärvande, skulle ett krav på fullständig läkarutbildning innebära en extremt lång utbildningstid för den blivande lasarettstandläkaren, vilket skulle komma att försvåra rekryteringen. Vidare må framhållas, att det icke ankommer på lasarettstandläkaren att göra medicinska bedömanden och ställningstaganden utan endast odontologiska sådana. Med. lic.-examen bör därför enligt de sakkunnigas mening icke krävas.

Vad som däremot erfordras är vissa kompletterande kurser inom sådana odontologiska och medicinska grenar, som ha speciellt värde för de tandläkare, som avse att ägna sig åt lasarettstandvård. Detta behandlas av de sakkunniga nedan.

Vad härefter angår de särskilda behörighetsvillkoren fordras i första hand en väldokumenterad verksamhet som *allmänpraktiker*. Lasarettstandläkaren måste besitta kunskap, erfarenhet och rutin såsom tandläkare; arbetets tekniska moment få icke bereda honom några svårigheter. Från dessa synpunkter är motiverat med minst fem års allmänpraktik. Av denna tid bör åtminstone två år fullgöras i s. k. blandad tjänst inom folktandvården. I merithänseende bör i första hand få tillgodoräknas intill fem års allmän praktik. Till ytterligare tid i allmän praktik bör hänsyn tagas endast vid i övrigt ungefär likvärdiga meriter. Det är önskvärt, att meriteringen i allmän praktik i största utsträckning fullgöres före den i det följande angivna specialutbildningen och -tjänstgöringen. Det torde icke vara erforderligt att strängt skilja mellan utbildning och tjänstgöring; dessa båda moment gripa in i varandra och representera tillsammans det mått av teoretisk och praktisk utbildning, som kräves av lasarettstandläkaren vid sidan av allmänpraktik.

De sakkunniga anse en fyraårig utbildningsgång erforderlig för den blivande lasarettstandläkaren. Utbildningen kan lämpligen fördelas med halva tiden vid tandläkarhögskola och andra hälften vid centraltandpoliklinik, och i varje fall bör krävas minst ett år vid högskola och två år vid centraltandpoliklinik. Under utbildningen förutsättes, att enligt särskild plan undervisning meddelas uti samtliga de odontologiska ämnesområden, som enligt det föregående äro av betydelse för lasarettstandvården.

Härjämte skall vederbörande genomgå kurs i öron-, näs- och halssjukdomar för med. lic.-examen. Denna kurs kombineras lämpligen med deltids-tjänstgöring som assistenttandläkare.

Under utbildningstiden bör vidare vid operationsavdelning å allmänkirurgisk och/eller plastikkirurgisk avdelning (ev. öron-, näs- och halsavdelning) fullgöras två å tre månaders tjänstgöring, som dock för manliga tandläkare delvis bör kunna ersättas med kirurgisk assistenttjänstgöring inom militär sjukvård under fullgörande av värnplikt.

Önskvärt är därjämte att blivande lasarettstandläkare under två å tre månader auskultera och följa arbetet vid internmedicinsk klinik samt cen-

trallaboratorium. Detta torde som regel kunna medhinnas samtidigt med tjänstgöring vid centraltandpoliklinik eller högskola.

I syfte att fördjupa såväl den medicinska som den odontologiska utbildningen föreslå de sakkunniga vidare anordnande av *obligatoriska fortbildningskurser*. Dessa kurser skola ha till ändamål att bibringa den blivande lasarettstandläkaren fördjupade insikter i en del för honom särskilt betydelsefulla grenar av odontologien samt vidgad kännedom om medicinskt betraktelsesätt och medicinsk terapi. Här komma också särskilt i blickpunkten vissa speciella grenar av medicinen, som lasarettstandläkaren under sitt dagliga arbete framför allt kommer i kontakt med och i vilkas frågeställningar han bör vara insatt.

Vid tandläkarhögskola bör anordnas »*högre odontologisk kurs för lasarettstandläkare*», omfattande:

1. Speciell patologi och histopatologi.
2. Bettanalys med artikulationslära.
3. Parodontologi.
4. Endodonti med dental bakteriologi.
5. Speciell bettortopedi.
6. Speciell dental röntgenologi.
7. Oral medicine.
8. Fonetik.

För tillgodoseende av kravet på en effektiv *medicinsk randutbildning* föreslås dessutom, att särskilda kurser, innefattande sådana medicinska gränsområden, som ha speciell betydelse för lasarettstandläkaren, anordnas — i första hand i Stockholm och Malmö-Lund samt efter hand även vid övriga medicinska lärosäten. Sådan kurs, förslagsvis benämnd »*medicinsk-odontologisk kurs för lasarettstandläkare*», bör omfatta för lasarettstandläkaren betydelsefulla delar av följande discipliner:

1. Vissa internmedicinska områden, bl. a. reumatologi och allergologi.
2. Dermatologi.
3. Kliniska laborationer med bl. a. salivundersökningar.
4. Klinisk farmakologi.
5. Anestesiologi, inklusive andningsvård.
6. Radiologi och tumörsjukdomar med särskild hänsyn till munhåla och käkar samt angränsande områden.
7. Ev. orientering i vissa ytterligare ämnen t. ex. plastikkirurgi, psykologi och psykiatri.

För vardera av de båda kurserna, vilka lämpligen böra anordnas vart tredje år, synes kunna beräknas en tid icke understigande två månader, att inräknas i de fyra utbildningsåren.

Av hänsyn till de aspiranter på högre tjänster inom lasarettstandvården, som redan förskaffat sig en avsevärd specialutbildning och mångårig praktisk-klinisk erfarenhet av verksamheten vid centraltandpoliklinik, böra

meriteringsbestämmelserna utformas så, att de under en viss övergångsperiod tillförsäkra praktiskt-kliniskt kompetenta sökande dispens från vissa här föreslagna krav under förutsättning att den samlade utbildningen ändå kan betraktas som tillfyllest.

De sakkunniga vilja framhålla angelägenheten av att såsom komplement till ovan angivna generella behörighetskrav upprättas detaljerade normer för bedömningen av sökandes meriter vid tillsättande av lasarettstandläkare.

Av de sakkunniga föreslagna kompetenskrav för lasarettstandläkare inom folktandvården kunna sammanfattningsvis angivas sålunda:

I. Minst fem års väl vitsordad verksamhet som tandläkare i allmänpraktik, varav minst två års tjänstgöring inom folktandvården, avseende tandvård åt såväl barn som vuxna.

II. Fyra års specialutbildning vid centraltandpoliklinik och tandläkarhögskola, varav minst ett år skall fullgöras vid tandläkarhögskola och minst två år vid centraltandpoliklinik. Nu avsedd utbildning skall innefatta jämväl:

1. Kurs i öron-, näs- och halssjukdomar för medicine licentiat-examen, samt — efter vad därom särskilt kan komma att föreskrivas —
2. Högre odontologisk kurs för lasarettstandläkare och
3. Medicinsk-odontologisk kurs för lasarettstandläkare.

Lämpligt är att utbildningen därjämte innefattar *dels* tjänstgöring vid operationsavdelning å allmän-kirurgisk och/eller plastik-kirurgisk avdelning *dels ock* auskultation vid intern-medicinsk klinik samt centrallaboratorium.

Under en övergångsperiod skall undantag kunna ifrågakomma från vissa delar av ovannämnda kompetenskrav, under förutsättning att den samlade utbildningen ändock kan betraktas som tillfyllest. Hänsyn bör därvid tagas till bl. a. god utländsk utbildning eller långvarig praktisk erfarenhet inom ifrågavarande specialområden, dokumenterad genom exempelvis konsulttjänstgöring vid större sjukhus.

## KAPITEL XII

### Specialmotivering till författningsförslagen

#### 1. Kungörelse angående folktandvård

Kungörelsen den 22 september 1950 angående statsbidrag till folktandvården reglerar icke blott statsbidragsgivningen utan innehåller också de grundläggande bestämmelserna angående folktandvårdens organisation. Även om statsbidragsbestämmelserna representera betydelsefulla avsnitt i kungörelsen, synes benämningen »kungörelse angående folktandvård» bättre täcka författningens innehåll.

#### Allmänna bestämmelser

##### 1 §.

Paragrafen, som lämnar en definition på begreppet folktandvård, motsvarar delvis 1 § i gällande kungörelse.

##### 2 §.

Paragrafen motsvarar 11 § i 1950 års kungörelse. Såsom av den allmänna motiveringen sid. 95 framgår föreslås den organiserade barntandvården skola omfatta även åldersgruppen 16 år.

##### 3 §.

I 1—4 st. ha utan ändring i sak upptagits bestämmelserna i 2 § gällande statsbidragskungörelse. Paragrafens 5 st. är nytillkommet och betingas av att tandregleringsvården nu erhåller en fastare organisation inom folktandvården.

#### Folktandvårdens personal

##### 4 §.

Denna paragraf motsvarar nuvarande 4 §. Gällande bestämmelser om att tandvårdsinspektörsbefattning må vara förenad med annan tandläkarbefattning inom folktandvården ävensom att privatpraktiserande tandläkare må förordnas till tandvårdsinspektör ha ansetts kunna utgå. Någon saklig ändring åsyftas icke, även om de sakkunniga hysa den uppfattningen, att tandvårdsinspektör i princip bör vara heltidsanställd.

Beträffande biträde åt tandvårdsinspektör hänvisas till sid. 59.

## 5 §.

Denna paragraf har sin motsvarighet i 5 § gällande kungörelse. Förste distriktstandläkartjänster förutsätts kunna inrättas vid poliklinik, avsedd för minst två tandläkare; jfr sid. 79.

## 6 §.

Paragrafens 1 mom. motsvarar 6 § 1. gällande kungörelse. Då för sjukvården vid lasarett ansvarig läkare i 1959 års sjukhuslag benämnes överläkare, synes följdriktigt, att föreståndare för centraltandpoliklinik normalt erhåller tjänstetiteln övertandläkare. Hinder bör dock ej möta att, där så finnes lämpligt, bibehålla hittills använd tjänstebestämmelse. I överensstämmelse med de sakkunnigas uppfattning, att tjänstedifferentieringen i princip bör vara en förhandlingsfråga, ha bestämmelser om biträdande lasarettstandläkare och assistenttandläkare utgått.

2 mom. I betraktande av att enligt 9 § sjukhuslagen endast *en* av sjukvårdsstyrelsen därtill utsedd överläkare inom landstingskommunen obligatoriskt skall kallas till sammanträde med styrelsen, synes gällande föreskrift om skyldighet i vissa fall att kalla lasarett-(över-)tandläkaren till sammanträde med hälsovårdsstyrelsen icke böra bibehållas. De sakkunniga utgå från, att i de fall hälsovårdsstyrelsen finner övertandläkarens närvaro påkallad denna även kallas till sammanträdet, därvid det givetvis åligger honom att, såvitt ske kan, inställa sig.

## 7 §.

Denna paragraf saknar motsvarighet i gällande kungörelse. Beträffande motiveringen hänvisas till sid. 119 ff.

## 8 §.

Paragrafen motsvarar 8 § i 1950 års kungörelse. Föreskriften om behörighetsvillkor för föreståndare vid centraltandpoliklinik har underkastats viss jämkning i syfte att ernå överensstämmelse med undervisningsplanen för tandläkarhögskolorna.

Beträffande 3 st.; se sid. 127 f.

## 9 §.

1 och 2 mom. i denna paragraf äro oförändrade hämtade från 9 § i gällande kungörelse. Då de s. k. arbetstidsbestämmelserna föreslås slojade, utgå nuvarande 3. och 4.

## 10 §.

Paragrafen ersätter i gällande kungörelse bestämmelserna i 5 och 6 §§ rörande tandsköterskor och i 7 § avseende tandtekniker ävensom 10 §. Det



har icke ansetts erforderligt, att i författningsförslaget lika ingående som för närvarande reglera nämnda befattningshavares anställningsförhållanden och åligganden.

#### Folktandvårdens omfattning m. m.

##### 11 §.

Denna paragraf motsvarar 13 § i gällande statsbidragskungörelse. Beträffande 3 mom. angående förtursrätt vid tandbehandling för ungdom i åldern 17—19 år hänvisas till sid. 96.

##### 12 och 13 §§.

Paragraferna motsvaras av 12 § respektive 14 § i gällande kungörelse. Den föreslagna lydelsen av 12 § avser att framhäva vikten av förebyggande tandvård.

##### 14 §.

Paragrafen ersätter nuvarande 15 §. Enligt 1 mom. utsträcker den organiserade barntandvården till att omfatta även 16-åringarna. Till förebyggande av missförstånd synes böra framhållas, att vården meddelas utan kostnad för den enskilde. Jfr även 21 §.

Enligt gällande bestämmelser är tillhörigheten till visst tandvårdsdistrikt beroende av bl. a. kyrkobokföringsorten (»det distrikt, där han är kyrkskriven»). I analogi med vad som enligt 3 § i 1959 års sjukhuslag gäller beträffande huvudmannens skyldighet att ombesörja slutna vård, föreslås att bosättningsorten blir avgörande för frågan, inom vilket distrikt ett barn skall äga åtnjuta tandvård. Regelmässigt torde kyrkobokföringsort och bosättningsort sammanfalla, men där så undantagsvis icke skulle vara förhållandet, synes praktiska skäl tala för den nu förordade lösningen. Däremot torde, liksom hittills, kyrkobokföringsorten böra vara avgörande för frågan om vederbörande primärkommuns skyldighet att erlägga behandlingsavgift enligt förordningen om kommunens bidrag till kostnaderna för folktandvården (nr 606/1950). Även om sålunda någon, som deltagit i organiserad barntandvård, skulle anses vara bosatt i den kommun, där han — ehuru ej kyrkobokförd — »fullgör skolgång» eller är »intagen å anstalt», bör avgiften erläggas av kyrkobokföringskommunen.

Beträffande 4 mom. hänvisas till sid. 114 ff och beträffande 5 mom. 1 st. till sid. 129 ff.

##### 15 §.

Förevarande paragraf ersätter 21 § statsbidragskungörelsen; rörande motiveringen se sid. 108 ff.

**Statsbidrag till folktandvård inom landstingskommun m. m.**

## 16—19 §§.

Dessa paragrafer ersätta 3 § samt 16—20 §§ i gällande kungörelse. Då utrustningsbidrag förutsattes icke vidare skola utgå, har författningsförslaget modifierats med hänsyn härtill.

Ur de s. k. folktandvårdsplanerna ha vissa för närvarande obligatoriska uppgifter utmönstrats. Sålunda skola tandtekniker- och tandsköterskebefattningar vid de särskilda poliklinikerna icke vidare redovisas. Ej heller erfordras uppgift å poliklinikernas belägenhet inom respektive distrikt, utan har valet av förläggningsort överlämnats till huvudmannen.

**Statsbidrag till folktandvård i stad som ej tillhör landstingskommun m. m.**

## 20 §.

För vinnande av administrativ förenkling föreslås, att frågor om statsbidrag till städer utanför landstingskommun icke vidare skola hänskjutas till Kungl. Maj:t utan handläggas i samma ordning som gäller beträffande landstingskommunerna.

Såsom framgår av kap. VIII förutsattes statsbidraget till ifrågavarande städer skola utgå med tio kronor för barn och år.

**Årlig avgift**

## 21 §.

Denna paragraf saknar motsvarighet i gällande kungörelse. Beträffande motiveringen hänvisas till vad som anförts under 14 §.

**Övergångsbestämmelser**

Vid avfattningen av övergångsbestämmelserna har förutsatts att ny kungörelse kommer att träda i kraft med ingången av ett kalenderår.

*Andra punkten*

Denna punkt motsvarar andra punkten i övergångsbestämmelserna till gällande kungörelse. Enligt denna bestämmelse äger Kungl. Maj:t *dels* lämna huvudman, som anordnat folktandvård efter ikraftträdandet av 1950 års kungörelse, anstånd med inrättande av centraltandpoliklinik högst intill utgången av femte året efter det, för vilket driftbidrag börjat utgå, *dels* ock lämna huvudman, som anordnat folktandvård efter kungörelsens ikraftträdande, dylikt anstånd intill utgången av tjugonde året efter det, för vilket bidrag börjat utgå.

Vid ikraftträdandet av 1950 års kungörelse hade folktandvård anordnats inom samtliga huvudmannaområden utom Stockholm och Norrköping. Numera har folktandvård införts i dessa båda städer och jämväl centraltandpoli-

kliniker ha där inrättats. Ätminstone för närvarande saknas alltså utrymme för tillämpning av första ledet i andra punkten. Beträffande andra ledet ha centraltandpolikliniker ännu icke inrättats av elva huvudmän. Fråga om förlängning av den tidsfrist, inom vilken Kungl. Maj:t äger lämna anstånd med inrättande av centraltandpoliklinik, torde aktualiseras under loppet av år 1960. Emellertid synes åt Kungl. Maj:t — utan att särskild maximtid anges — kunna överlämnas att efter framställning av vederbörande huvudman från fall till fall taga ställning till fråga om anstånd. Andra punkten i nu föreslagna övergångsbestämmelser har avfattats i överensstämmelse härmed.

*Sjätte punkten*

Hänvisas till allmänna motiveringen sid. 107.

## 2. Instruktion för tandläkare inom folktandvården

Då huvudmännen förutsätts erhålla relativt stor frihet att — efter förhandlingar med vederbörande personalorganisationer — utforma olika tjänstetyper inom folktandvården, saknar förslaget motsvarighet till 1 § i gällande instruktion.

I 1 § anges instruktionens tillämpningsområde. Härefter regleras förfarandet vid tillsättning av tjänster (2—6 §§), varpå följa (7—13 §§) föreskrifter om olika tandläkares åligganden. I 14 § avhandlas frågor om ledigheter och vikariat samt slutligen i 15 § besvär förfarandet.

### 2 §.

#### Tillsättning av tandvårdsinspektör

Paragrafen motsvarar 4 § i gällande instruktion.

Enligt nuvarande bestämmelser (18 §) förefintlig möjlighet att anföra besvär över hälsovårdsstyrelsens förord till tandvårdsinspektörstjänst har ansetts sakna praktisk betydelse, och klagorätt föreslås icke vidare skola medgivas.

### 3 §.

#### Tillsättning av övertandläkare

Denna paragraf motsvarar 9 § i gällande instruktion.

Utnämning förfarandet föreslås anpassat till vad som gäller beträffande överläkare enligt 17 § i 1959 års sjukhuslag,

### 4 §.

#### Tillsättning av annan tandläkare

Annan tandläkare än tandvårdsinspektör och lasarettstandläkare, sålunda även biträdande lasarettstandläkare, skall enligt förslaget tillsättas av huvudmannen.

Förordnande för tandläkare bör som regel meddelas tills vidare och då ha föregåtts av kungörelseförfarande. Tidsbegränsade förordnanden skola kunna meddelas endast »om särskilda skäl därtill äro». Vid sidan av speciella utbildningstjänster, exempelvis å centraltandpoliklinik eller tandregleringspoliklinik, kommer här närmast i fråga s. k. extra distriktstandläkartjänster med hel- eller deltidstjänstgöring.

Förslag till besättning av ledigförklarad tjänst skall normalt upprättas av tandvårdsinspektören eller övertandläkaren, men medicinalstyrelsen äger förordna om avvikelse härifrån. Sistnämnda bestämmelse tar närmast sikte på tjänster inom tandregleringsvården, men kan givetvis få betydelse även beträffande andra tjänster, där särskilda kvalifikationer erfordras.

#### 8—13 §§.

##### Tandläkares åligganden

Med hänsyn till betydelsen av att inom folktandvården lämnas fullgod vård under rationella former ha de sakkunniga ansett erforderligt att tämligen utförligt angiva på olika tandläkare ankommande arbetsuppgifter och övriga åligganden. Paragraferna innehålla med vissa redaktionella ändringar i huvudsak de bestämmelser i ämnet, som återfinnas i gällande instruktion.

Det förutsättes att i mån av befogenhet medicinalstyrelsen ävensom vederbörande huvudman utfärda de ytterligare föreskrifter, som kunna finnas erforderliga.

#### 14 §.

##### Ledigheter och vikariatsförordnanden

Enligt gällande bestämmelser beviljas *tandvårdsinspektör* semester och annan ledighet av hälsovårdsstyrelsen. Förordnande av vikarie under tjänstledighet meddelas, för tid intill två månader av hälsovårdsstyrelsen, och av medicinalstyrelsen, då ledigheten avser längre tid än två månader. Vakansvikarie förordnas av medicinalstyrelsen. *Lasarettstandläkare* beviljas semester och annan ledighet intill fyra månader per kalenderår av hälsovårdsstyrelsen. Tjänstledighet för längre tid än fyra månader per kalenderår beviljas av medicinalstyrelsen. Vikarie under tjänstledighet förordnas i förra fallet av hälsovårdsstyrelsen och i senare fallet av medicinalstyrelsen, som även har att förordna vakansvikarie. Om tandvårdsinspektör eller lasarettstandläkare av hälsovårdsstyrelsen beviljats tjänstledighet längre tid än fjorton dagar i följd eller hälsovårdsstyrelsen meddelat vikariatsförordnande för längre tid än nyss sagts, skall anmälan skyndsamt göras hos medicinalstyrelsen (5 och 10 §§).

Återgivna bestämmelser föreslås i viss utsträckning förenklade och beslutanderätten i ökad omfattning överflyttad till huvudmannen. Beslut

av medicinalstyrelsen kommer enligt förslaget att erfordras endast vid förordnande av vakansvikarie eller beviljande av tjänstledighet och därav föranlett vikariatsförordnande, som överstiger sex månader i följd. Särskild anmälan till medicinalstyrelsen angående kortare ledigheter och förordnanden synes icke erforderlig, enär enligt gällande föreskrift från medicinalstyrelsen månatliga uppgifter rörande tjänstgöringsförhållandena bland folktandvårdens tandläkare genom tandvårdsinspektören skola insändas till styrelsen.

## 15 §.

### Besvär

Besvärsinstitutet har utformats med bestämmelserna i 30 § i 1959 års sjukhuslag som förebild.

Av 2 st. jämfört med 1 § 2 st. torde framgå, att besvär enligt de kommunala besvärreglerna över beslut av nämnd eller styrelse i stad utanför lands- ting, som utövar ledningen av folktandvården i staden, skall föras jämlikt bestämmelserna i kommunallagen eller kommunallagen för Stockholm.

## KAPITEL XIII

### Sammanfattning av de sakkunnigas överväganden och förslag

Vid folktandvårdens införande år 1939 antogs att en fullt utbyggd organisation inom landstingsområdena skulle kräva medverkan av omkring 800 tandläkare. Redan på ett relativt tidigt stadium visade sig detta antal otillräckligt. Sålunda räknade 1946 års folktandvårdssakkunniga med ett behov av — för landet i dess helhet — i runt tal 2 500 tandläkare. För närvarande (november 1959) tjänstgöra inom folktandvården 1 634 tandläkare. Av de nyare beräkningar, som verkstälts inom 1957 års folktandvårdssakkunniga, har framgått, att för en folktandvård, som skall tillgodose dels en organiserad barn- och ungdomstandvård och dels i viss omfattning den vuxna befolkningens tandvårdsbehov, skulle krävas medverkan av betydligt mer än 3 000 tandläkare.

Det kan konstateras, att rekryteringen av tandläkare till folktandvården icke kunnat ske i takt med de ständigt ökade anspråken på tandvård.

De sakkunniga ha bland annat genom en med anlitande av statistisk expertis genomförd attitydundersökning sökt bilda sig en föreställning om de faktorer, som påverka tandläkaren vid valet mellan å ena sidan tjänstetandläkarbanan och å andra sidan verksamhet som fri företagare.

Ur enkätaterialet, omfattande ett slumpvis urval motsvarande cirka tio procent av den svenska tandläkarkåren, ha några enhetliga tendenser knappast kunnat utläsas. I skiftande ordalag påtalas dock ganska allmänt den i förhållande till privatpraktikern större bundenhet och beroendeställning, som anses betecknande för folktandvårdens tandläkare. Den inställning, som sålunda kommit till uttryck, torde vara ganska representativ för tandläkarkåren i dess helhet. Även ekonomiska faktorer synas spela in: enligt utbredd uppfattning ger privatpraktik genomsnittligt större utbyte än verksamhet som tjänstetandläkare.

Vid sina överväganden ha de sakkunniga funnit, att rekryteringen i viss utsträckning skulle kunna stimuleras, om de i gällande författning intagna arbetstidsbestämmelserna — avseende normalt en arbetstid om 42 timmar i veckan — upphävdes. Arbetstidens längd liksom övriga anställningsvillkor böra enligt de sakkunnigas mening utgöra en förhandlingsfråga mellan huvudmännen och tandläkarorganisationerna. Om arbetstiden icke vidare

författningsmässigt regleras, yppas även möjlighet att i ökad omfattning inom folktandvården utnyttja tandläkare, vilka äro villiga att ställa sig till förfogande enbart i deltidstjänstgöring. De sakkunniga anse att möjligheter till deltidstjänstgöring skola gynnsamt inverka på rekryteringen.

Viss uppmjukning föreslås i fråga om möjligheterna att differentiera tandläkartjänsterna. Sålunda bör förste distriktstandläkartjänst kunna inrättas även vid vissa polikliniker med mindre än fyra anställda tandläkare. Där så finnes lämpligt från rekryteringssynpunkt eller av andra skäl bör organisationen kunna tillföras nya tjänstetyper, främst inom lasarettstandvårdens och tandregleringsvårdens områden.

Den hittills tillämpade grundsatsen att tandläkartjänst inom folktandvården icke må förenas med annan verksamhet såsom tandläkare bör enligt de sakkunnigas mening allttjämt i princip upprätthållas. Vid deltidstjänster, avseende uteslutande barn- och ungdomstandvård, må dock på vederbörande huvudman bero, huruvida dylik tjänst må förenas med annan tjänst inom offentlig tandvård eller med privatpraktik.

De sakkunniga avvisa tanken på s. k. provinsialtandläkare.

Det är uppenbarligen icke möjligt att förutse i vad mån genom de föreslagna åtgärderna folktandvårdens nettotillskott av tandläkare kommer att öka. De sakkunniga varna för alltför högt ställda förväntningar i detta hänseende. Enligt de sakkunnigas uppfattning kan folktandvårdens rekryteringsproblem näppeligen lösas utan en ökning av antalet årligen utexaminerade tandläkare — inrättande snarast möjligt av en fjärde tandläkarhögskola framstår i detta sammanhang som en angelägenhet av största vikt.

De s. k. folktandvårdsstipendierna böra enligt de sakkunnigas mening bibehållas i sin nuvarande omfattning.

Inom distriktstandvården har sedan år 1942 tjänstgjort utländska tandläkare, framför allt från de nordiska grannländerna och från Tyskland. Insatsen av dessa tandläkare har utgjort ett värdefullt komplement till de svenska tandläkarnas prestationer, och på vissa platser torde folktandvård överhuvudtaget icke ha kunnat bedrivas om de utländska tandläkarna icke funnits att tillgå. De sakkunniga förutsätta att åtminstone under de närmaste åren ytterligare ett antal härför lämpade utländska tandläkare erhålla tillstånd att uppehålla distriktstandläkartjänster.

Möjligheterna att intensifiera ungdomstandvården ha ingående övervägts. Mot bakgrunden av folktandvårdens i nuvarande läge otillräckliga resurser och då utsikterna till en ökad rekrytering av tandläkare synas relativt begränsade, anse de sakkunniga sig icke kunna förorda anordnande inom folktandvården av en med generell förtursrätt förenad, organiserad ungdomstandvård. De sakkunniga ha emellertid ansett det möjligt att i begränsad omfattning tillgodose framkomna önskemål om ökade vårdmöjligheter för ungdom därigenom att den organiserade barntandvården — utan

att den i princip för behandling av vuxna avsedda tiden tages i anspråk — föreslås skola utsträckas till att omfatta jämväl 16-åringarna. Däremot få åtminstone tills vidare årsklasserna 17—19 år i regel liksom hittills hänvisas till behandling i tur och ordning med det vuxna klientelet.

16-åringarna förutsättas skola behandlas på samma villkor, som hittills gällt och även framdeles avses skola gälla för barn i åldern upp till 15 år, d. v. s. utan kostnad för den enskilde men mot avgift av vederbörande primärkommun och med rätt för huvudmännen att uppbära statsbidrag. Övriga ungdomar avses på vissa villkor skola äga åtnjuta nedsättning med minst 25 procent av behandlingskostnaderna enligt folktandvårdstaxan.

Någon ändring i gällande bestämmelse om förtursrätt för s. k. mödrahjälppatienter föreslås icke.

De sakkunniga understryka angelägenheten av kariesprofylaktisk verksamhet. Mot bakgrunden av rekryteringssituationen, sådan den för närvarande framstår och under överskådlig tid kan väntas utveckla sig, är det ofrånkomligt att behandlingsbehovet nedbringas, om folktandvården skall kunna fylla sin uppgift. Största uppmärksamhet tilldrar sig i detta sammanhang möjligheterna att minska kariesfrekvensen, framför allt hos barn och ungdomar. De sakkunniga förorda vidgad kariesprofylaktisk verksamhet inom folktandvården såväl i form av upplysningar och råd som genom aktiva åtgärder i profylaktiskt syfte. Vissa förhoppningar fästas vid den karieshämmande effekt, som enligt vetenskapliga rön följer av vattenfluoridering, och de sakkunniga understryka angelägenheten av att frågan om möjlighet att fluoridera vattenledningsvatten snarast bringas till en positiv lösning. Även andra möjligheter att utnyttja fluorföreningarnas kariesreducerande effekt böra uppmärksammas och prövas.

Med hänsyn till omfattningen av de arbetsuppgifter, som regelmässigt åvila tandvårdsinspektörerna och som vid en intensifierad kariesprofylaktisk verksamhet kunna väntas ytterligare öka, föreslås att, där så finnes lämpligt, särskilda befattningshavare skola kunna anställas för att biträda tandvårdsinspektör, med befogenhet att efter hälsovårdsstyrelsens bestämmande fullgöra vissa på tandvårdsinspektör ankommande uppgifter. De sakkunniga förutsätta, att ifrågavarande befattningshavare som regel skall svara för planläggningen och den centrala ledningen av den profylaktiska verksamheten inom ett huvudmannaområde.

Främst med hänsyn till den förebyggande tandvårdens betydelse förorda de sakkunniga vidare, att försöksutbildning av tandhygienister nu kommer till stånd samt att sådana hygienisters användbarhet inom folktandvården därefter prövas.

De sakkunniga tillstyrka ökat statligt stöd till kariesprofylaktiska åtgärder och förorda, att i sådant hänseende till medicinalstyrelsens förfogande ställes ett årligt anslag med t. v. 300 000 kronor. Vidare väckes förslag om



inrättande av en vetenskaplig forskningsinstitution med uppgift främst att följa och bedriva målforskning, t. ex. rörande olika metoder för utnyttjande av fluorens karieshämning, möjligheterna att utnyttja andra tandskyddande spårämnen, olika födoämnen betydelse för karies' uppkomst eller förebyggande och olika tandvårdsmedels verkan.

Någon mera långtgående decentralisering av folktandvårdens organisation har icke kunnat förordas. Emot framkomna önskemål i detta hänseende måste nämligen vägas betydelsen av att tillsynsmyndigheten icke undandras den erforderliga överblicken av verksamheten.

De sakkunniga hysa dock den uppfattningen, att huvudmännen numera vunnit tillräckligt stor erfarenhet beträffande iordningställandet av lokaler för folktandvårdspolikliniker och förorda därför, att ritningar och andra handlingar avseende anläggning av polikliniker icke vidare skola behöva godkännas av medicinalstyrelsen. Ytterligare föreslås att i de s. k. folktandvårdsplaner, vilka för varje huvudmannaområde skola fastställas av medicinalstyrelsen, i fortsättningen icke skall upptagas tandtekniker och tandsköterskor.

Kungl. Maj:ts befattning med frågor angående statsbidrag till städer utanför landsting föreslås skola upphöra.

Med hänsyn till att från vissa håll gjorts gällande, att skrivarbete skulle taga relativt mycket tid i anspråk för folktandvårdens tandläkare, ha de sakkunniga övervägt möjligheterna att förenkla redovisningssystemet.

I sådant syfte föreslås att gällande bestämmelser om ett särskilt s. k. folktandvårdens arbetsår, omfattande tiden 1 augusti—31 juli, upphävas och att arbetsåret bringas att sammanfalla med räkenskapsåret-kalenderåret.

De uppgifter rörande folktandvården, som enligt hittillsvarande föreskrifter skola avlämnas till medicinalstyrelsen, torde böra i huvudsak bibehållas, för att icke kontrollen över verksamheten samt en godtagbar statistisk bearbetning av materialet skall äventyras. I distriktstandvård anställd tandläkares uppgiftsskyldighet synes dock såtillvida kunna begränsas, att han befrias från skyldighet att avgiva verksamhetsberättelse.

De sakkunniga ha ansett det falla utanför det dem meddelade utredningsuppdraget att ingå på omfattningen och beskaffenheten av den interna uppgiftsskyldighet, som från ekonomisk synpunkt samt för kvalitativ och kvantitativ kontroll av utfört arbete föreligger för folktandvårdens befattningshavare i förhållande till huvudmännen. De sakkunniga finna sig emellertid böra framhålla vikten av att, i den mån så icke redan är fallet, enhetliga redovisningsbestämmelser etc. såvitt möjligt tillämpas inom samtliga huvudmannaområden samt att huvudmännens krav på särskilda uppgifter i möjligaste mån begränsas till förmån för det egentliga patientarbetet.

Tandläkartjänsterna inom folktandvården böra i princip tillsättas av huvudmännen. Undantag härifrån bör gälla endast beträffande lasarettstandläkare och tandvårdsinspektör, vilka avses skola liksom hittills tillsättas av Kungl. Maj:t respektive medicinalstyrelsen.

De sakkunniga anse sig icke kunna förorda någon generell höjning av utgående statliga driftbidrag till folktandvården. Ej heller finna de sakkunniga förutsättningar vara för handen att söka åvägabrunga full likställighet mellan landstingskommuner och städer utanför landsting med avseende å driftbidragets storlek. Viss höjning anses dock befogad för ifrågavarande städers vidkommande. De sakkunniga föreslå sålunda, att driftbidraget till städerna i stället för nu gällande åtta kronor bestämmes till tio kronor för barn och år.

Det till landstingskommunerna för närvarande utgående statsbidraget till utrustning av polikliniker för folktandvården föreslås skola upphöra.

Den bettortopediska vården (tandregleringsvården) inom folktandvården föreslås organiserad i huvudsaklig överensstämmelse med ett av medicinalstyrelsen i ämnet avgivet förslag. För tandregleringsvård, som meddelas barn, vilka deltaga i organiserad tandvård, förordas en särskild avgift om 25 kronor per barn och kalenderhalvår.

De sakkunniga ha till prövning upptagit frågan om behörighetsvillkor för lasarettstandläkare. I anslutning härtill har övervägts frågan, huruvida centraltandpoliklinikerna liksom hittills böra utgöra en integrerande del av folktandvården, eller om de i organisatoriskt hänseende i stället borde fastare knytas till vederbörande sjukhus. De sakkunniga ha härvid stannat för att icke föreslå någon ändring i princip av gällande bestämmelser. De sakkunniga förutsätta att centraltandpolikliniker, anslutna till eventuella s. k. regionsjukhus, komma att tillika utgöra käkcentraler vid dessa sjukhus. För att poliklinikerna skola kunna fylla en sådan uppgift kan visa sig erforderligt att i någon form tillföra dem ytterligare odontologisk expertis, representerande vissa specialområden, vilka en lasarettstandläkare rimligtvis icke kan beräknas till fullo helt behärska. Jämväl beträffande verksamheten i övrigt vid centraltandpoliklinikerna kan finnas lämpligt bl. a. från rationaliseringssynpunkt att för särskilda uppgifter anlita specialutbildade tandläkare. Erforderliga kompetenskrav för lasarettstandläkare och i samband därmed lämplig utbildningsgång för blivande lasarettstandläkare angivas av de sakkunniga.

Beträffande de ökade *kostnader för statsverket* som ett genomförande av de sakkunnigas förslag skulle föranleda må följande nämnas.

Anslaget till kariesprofylaktisk verksamhet utgår f. n. med 30 000 kronor. Ökningen utgör sålunda 270 000 kronor årligen.

Förslaget angående höjning av driftbidraget till städer utanför landsting från åtta till tio kronor per barn kan för de närmaste budgetåren väntas medföra en ökning av statens utgifter för folktandvården av storleksordningen 350 000 kronor. Å andra sidan kan utrustningsbidragens upphörande beräknas medföra en årlig minskning av medelsbehovet under de närmaste budgetåren med uppskattningsvis 100 000 kronor.

Då någon ökning av den organiserade barntandvårdens andel i den totala behandlingstiden inom folktandvården icke föreslås, kommer 16-åringarnas inlemmande i den organiserade barntandvården icke i och för sig att medföra ökade kostnader för statsverket. I den mån till följd av en förbättrad rekrytering antalet av tandläkare inom folktandvården fullgjorda arbetstimmar ökas, komma dock tydligen allt flera barn, 16-åringarna inbegripet, att kunna behandlas, varav automatiskt följer motsvarande ökning av det statliga driftbidraget.

## Särskilda yttranden

### 1. Ledamöterna Maunsbach och Osvald:

Cheftandläkarna för tandreglering komma att intaga en synnerligen betydelsefull ställning inom organisationen, och endast väl kvalificerade specialister böra komma i fråga.

Enligt olika undersökningar ha 20 à 25 procent av barnen i skolåldern sådana tandställningsfel, att de borde erhålla bettortopedisk behandling, därest möjlighet därtill förelåge. Cheftandläkarens för tandreglering verksamhetsområde är sålunda mycket omfattande. Vid de begränsade personalresurser, som för närvarande finnas och under lång tid framåt komma att föreligga, gäller därtill bland annat, att inom klientelet göra en sådan sovring, att de barn och ungdomar utväljas för bettortopedisk behandling, vilka från skilda synpunkter, funktionella, estetiska, psykologiska, prognostiska, ha det största behovet av tandregleringsvård, en synnerligen grannliga och krävande uppgift.

Grundlig specialutbildning enligt för specialister i bettortopedi gällande föreskrifter ävensom stor praktisk erfarenhet på tandregleringens och barn-tandvårdens områden genom väl vitsordad tjänstgöring inom folktandvården eller eventuellt hos särskild auktoritet på området här eller i utlandet, i kombination med god organisationsförmåga bör enligt vår mening fordras av en cheftandläkare för tandreglering. Särskild hänsyn bör även tagas till framstående vetenskapligt forskningsarbete, dokumenterat genom utgivna skrifter eller på annat sätt. Det synes angeläget, att garantier skapas för en över hela landet enhetlig praxis vid tillsättningen av dessa tjänster, där man kan vänta, att ett flertal, ofta svårbedömbara meriter hos olika sökande måste vägas mot varandra. Endast möjligheten att besvärsvägen påkalla en överprövning kan icke anses tillfyllest. Enligt vår mening tala därför starka skäl för ett centraliserat utnämning förfarande, och vi vilja i sådant syfte föreslå att — i likhet med vad som för närvarande gäller och förutsättes alltjämt skola gälla beträffande tandvårdsinspektör — cheftandläkare för tandreglering skall tillsättas av medicinalstyrelsen. Förslag och förord föreslås skola avgivas av vederbörande hälsovårdsstyrelse, som dessförinnan skall ha inhämtat yttrande av särskild sakkunnig, helst professor inom ämnesområdet.

### 2. Ledamoten Fritzdorf:

De sakkunniga ha kommit till den uppfattningen, att folktandvård icke skall kunna meddelas av privatpraktiserande tandläkare på dennes egen

praktiklokal utan endast å folktandvårdspoliklinik. De sakkunniga ha vidare i kap. III framhållit, att det knappast är troligt, att det redovisade behovet av tandläkare för behandling av barn i åldrarna 6—16 år kan tillgodoses inom rimlig tid.

På grund av bl. a. svårigheten att till folktandvården erhålla erforderligt antal tandläkare ha landstingskommunerna tillsammans med primärkommunerna i betydande utsträckning anordnat barntandvård (skoltandvård) utanför folktandvårdens ram och därvid anlitat privatpraktiserande tandläkare. På detta sätt har ett stort antal barn erhållit tandvård i en utsträckning, som icke varit möjlig om folktandvårdens utbyggnad skulle ha avvaktats. Antalet i denna vårdform fullständigt behandlade barn torde f. n. uppgå till omkring 100 000 per år motsvarande ca 14 % av de inom folktandvården fullständigt behandlade barnen. Genom föreskrifter av olika slag i samband med engagerandet av privatpraktiserande tandläkare för denna barntandvård har man sökt skapa garanti för erforderlig kontroll av vårdens kvalitet genom vederbörande tandvårdsinspektör.

De sakkunniga ha hävdad, att statsbidrag icke bör utgå för nu ifrågasvarande barntandvård. Jag kan icke dela de sakkunnigas uppfattning härvidlag utan anser, att statsbidrag tills vidare i princip bör utgå i samtliga de fall, då genom åtgärder eller medverkan av folktandvårdens huvudmän barn erhålla erforderlig tandbehandling, oavsett om behandlingen givits vid folktandvårdspoliklinik eller, i fall då folktandvård icke funnits att tillgå, på annat sätt som vederbörande huvudman funnit ur vårdsynpunkt likvärdigt. Det kan inte anses motiverat, att de huvudmän, vilka trots bristen på tandläkare inom folktandvården, söka tillse att största möjliga antal barn erhålla tandvård i en omfattning, som svarar mot folktandvårdens målsättning, skola avstå från statsbidrag för en del av vården.

## BILAGA I

### Rapport från statistiska centralbyråns utredningsinstitut över tandläkarenkäten 1958

#### *Undersökningens omfattning och materialets beskaffenhet*

I början av juni 1958 utsände statistiska centralbyråns utredningsinstitut ett frågeformulär till ett slumpvis utlottat urval tandläkare omfattande 10 % av den svenska tandläkarkåren. Frågeformuläret omfattade ett antal frågor om personliga data, nuvarande yrkesverksamhet, tidigare verksamhet inom folktandvården och inställningen till en eventuell tjänstgöring inom densamma och vissa därmed sammanhängande önskemål, synpunkter på det nuvarande stipendiesystemet, inställningen till vissa förslag att åtminstone delvis lösa folktandvårdens personalproblem samt personliga synpunkter och omständigheter som varit bestämmande vid vederbörandes val mellan anställning i folktandvården och privatpraktik.

Sammanlagt tillskrevs 434 tandläkare av båda könen. Svaren inkom under loppet av sommaren så att i oktober hade 375 besvarat formuläret eller genom skrivelse eller på annat sätt givit sig tillkänna för utredningsinstitutet. Svaren inkom i följande ordning.

	Antal	%
Utsända formulär . . . . .	434	100
Därav besvarade		
efter första omgången . . . . .	256	59,0
efter en påminnelse . . . . .	81	18,7
efter två påminnelser . . . . .	38	8,8
Enkät svar i allt	375	86,4

Alla enkät svar var emellertid inte kompletta i det att ett mindre antal av de tillskrivna ej besvarat formuläret. I ett par fall ren vägran i några fall på grund av resa, sjukdom, hög ålder eller utlandsvistelse. I ett fall hade den tillskrivne avlidit i år. Undersökningsmaterialet kom sålunda att omfatta 355 besvarade formulär, d. v. s. 81,8 % av alla utsända, ett resultat som får anses som mycket tillfredsställande för en postundersökning i varje fall med ett så omfattande formulär som det här var fråga om. Undersökningen kan sålunda sägas ha fått ett positivt mottagande av undersökningsobjekten. En postundersökning är som regel vanskelig att genomföra. Svarsprocenten brukar bli rätt låg, för såvitt det inte finns en positiv inställning från de tillfrågades sida. En intervjuundersökning ger större möjligheter att erhålla en hög svarsprocent och ett omsorgsfullt ifyllt primärmaterial. Det senare är ytterligare en svaghet som vidlåder postundersökningar. Här riktade sig undersökningen emellertid till en högt kvalificerad

yrkesgrupp med god skolunderbyggnad. När det är fråga om folk med mindre god skolutbildning brukar postundersökningar lämna ett mycket bristfälligt material. Slarvigt ifyllda svar och ofta saknas svar på åtskilliga frågor.

Så har det inte varit här. Formuläret var både omfångsrikt och långt ifrån okomplicerat vad gällde problemställningar och förutsättningar för besvarandet. Vissa luckor finns naturligtvis i detta material, men de är dock långt färre än man brukar få. En annan olägenhet med postundersökningar är att själva materialinsamlingen drar ut på tiden. En intervjuundersökning kan, om man förfogar över ett tillräckligt antal tränade intervjuare, genomföras betydligt snabbare. Postundersökningens största fördel är att den är en billig form av materialinsamling och den är vidare lätt att administrera också som en riksomfattande undersökning. För en undersökning av detta slag där syftet mera är att pröva sig fram, beskriva enkla fakta och avlyssna synpunkter än att analysera ett preciserat problem kan också ett sådant material vara tillräckligt.

Det ursprungliga urvalet utgjorde som nämnts ett slumpurval av hela tandläkarkåren. De kvinnliga tandläkarna i urvalet var 110 eller 25,3 % av hela antalet. Motsvarande antal utgjorde enligt akademikerundersökningen 1955 cirka 26 % — sålunda rådde en god representativitet i detta avseende. I det slutliga materialet »efter bortfall» fanns 94 kvinnliga tandläkare, vilket svarar mot en andel av 26,5 %, d. v. s. ingen större skillnad. Bortfallet har i varje fall inte i detta avseende orsakat någon snedhet i materialet.

I tabell 1 redovisas urvalet fördelat efter ålder med uppdelning på svarande och bortfall.

Tab. 1. Enkätaterialet fördelat efter ålder och kön med uppdelning på svarande och bortfall

	Ålder					Summa	Därav kvinnor
	—29 år	30—39 år	40—49 år	50—59 år	60—W år		
<i>Antal</i>							
Svar.....	57	118	78	68	34	355	94
Bortfall.....	14	19	11	21	14	79	16
Totalt	71	137	89	89	48	434	110
<i>Procent</i>							
Svar.....	16,1	33,2	22,0	19,2	9,6	100	26,5
Bortfall.....	17,7	24,1	13,9	26,6	17,7	100	20,3
Totalt	16,4	31,6	20,6	20,5	11,1	100	25,3

Tab. 2. Svarande i enkätaterialet fördelat efter yrkesverksamhet, kön och ålder

Yrkesverksamhet, kön	Ålder					Summa
	—29 år	30—39 år	40—49 år	50—59 år	60—W år	
Yrkesverksamma män.....	42	79	66	46	25	258
kvinnor.....	14	34	11	19	3	81
Ej yrkesverksamma män.....	—	1	—	—	2	3
kvinnor.....	1	4	1	3	4	13
Summa	57	118	78	68	34	355

Som synes utövade inte heller här bortfallet någon nämnvärd effekt ehuru svarsbenägenheten varierade i olika åldersgrupper. De yngsta tandläkarna svarade i större utsträckning än de äldre. Särskilt åldersgrupperna 30—40 år har svarat i stor utsträckning. Man får dock inte glömma att andelen i de enskilda åldersgrupperna är rätt små.

I tabell 2 redovisas de svarande efter yrkesverksamhet, kön och ålder. Någon större arbetskraftsreserv av ej yrkesverksamma tandläkare lär sålunda inte finnas om man skall döma efter dessa siffror.

Jämför man med t. ex. siffrorna från akademikerräkningen år 1955 (tab. 22) finner man en anmärkningsvärd överensstämmelse. Följande tablå visar detta förhållande:

Yrkesverksamhet, kön	Fördelning i %	
	1958	1955
Yrkesverksamma män . . . . .	72,7	72,5
kvinnor . . . . .	22,8	24,4
Ej yrkesverksamma män . . . . .	0,8	1,2
kvinnor . . . . .	3,7	1,9
Summa	100	100

De yrkesverksamma kvinnornas andel av tandläkarkåren skulle enligt dessa siffror ha nedgått. Nu är undersökningsmaterialet alltför litet för att man skall våga dra dylika slutsatser ur dessa procenttal. I och för sig är det ingenting i vår allmänna erfarenhet från yrkeslivet i stort som motsäger att så varit fallet. Man behöver blott erinra om att t. ex. i valstatistikens siffror från senare år har de gifta, förvärvsarbetande kvinnorna nedgått både absolut och relativt sett i valmanskåren, medan totala antalet förvärvsarbetande kvinnor fortsatt att öka. Nu är de kvinnliga tandläkarna tillfinnandes huvudsakligen inom de åldrar där de gifta kvinnorna dominerar. Sambeskattningen och svårigheten att få hemhjälp i sådan utsträckning att det blir möjligt att förena yrkesarbete med skötseln av hem och barn är faktorer som man brukar anta vara mest verksamma, i varje fall i de skikt av samhället det här är fråga om. Det visar sig också att just de gifta kvinnliga tandläkarna i stor utsträckning pekar på dessa omständigheter, när de motiverar sin frånvaro från yrkeslivet eller varför de inte arbetar full tid.

Till den allmänna beskrivningen av materialet hör en fördelning efter år för tandläkarexamen. Denna framgår av tabell 3 där även en uppdelning gjorts efter yrkesverksamhet och kön.

Tab. 3. Enkätmaterialets fördelning efter år för tandläkarexamen

Yrkesverksamhet, kön	—1919	1920— 1929	1930— 1939	1940— 1949	1950— 1958	Summa
Yrkesverksamma män . . . . .	17	26	72	58	85	258
kvinnor . . . . .	1	12	14	26	28	81
Ej yrkesverksamma män . . . . .	2	—	—	1	—	3
kvinnor . . . . .	4	3	1	2	3	13
Summa	24	41	87	87	116	355



Tab. 4. Enkätmaterialiets fördelning efter yrkesställning

Yrkesställning	Antal			%		
	män	kvinnor	totalt	män	kvinnor	totalt
I egen praktik enbart.....	158	20	178	60,5	21,3	50,1
Assistenter i privatpraktik.....	14	4	18	5,4	4,3	5,1
Anställda i folktandvården.....	50	42	92	19,2	44,7	25,9
Anställda i annan offentlig tandvårdstjänst.....	3	13	16	1,1	13,8	4,5
Kombinationer av off.tjänst och privatpraktik.....	27	1	28	10,3	1,1	7,9
Övriga yrkesverksamma.....	6	1	7	1,9	1,1	2,0
Ej yrkesverksamma.....	3	13	16	1,1	13,8	4,5
Summa	261	94	355	100	100	100

Fördelningen efter yrkesställning redovisas med både absoluta och relativa tal i tabell 4. Medan de manliga tandläkarna övervägande ägnar sig åt privatpraktik, så ägnar sig de kvinnliga i stor utsträckning åt folktandvård och annan offentlig tjänst. En särskild grupp som står med ena benet i vardera lägret är tandläkarna med kombinerad verksamhet, d. v. s. statlig eller kommunal tjänst (dock ej i folktandvård) i förening med privatpraktik. Det är huvudsakligen fråga om tjänster vid tandläkarhögskolor och olika tjänster vid anstalter.

Även tjänstgöringsorten efterfrågades i formuläret (fråga 12) som kombinerad med yrkesställningen framgår av tabell 5.

Tidigare har vidrörts frågan om barnens inverkan på kvinnornas yrkesutövning. I formuläret förekom en fråga (fråga 5) riktad till de kvinnliga tandläkarna: Hur många barn har Ni? Vid bearbetningen har beaktats endast minderåriga barn, åldersgränsen därvid satt till 16 år. Barnantalet har också satts i relation till ställningen i yrket. Redovisningen lämnas i tabell 6.

De i folktandvården anställda har enligt dessa siffror i genomsnitt något färre barn resp. är i något större utsträckning barnlösa jämfört med de som är verksamma i privatpraktik. Grupperna är dock så små att några allmängiltiga slutsatser naturligtvis inte kan dragas ur dessa siffror. Kommentarererna i detta avsnitt av formuläret pekar dock på att verksamheten i egen praktik eller assistenttjänst i privatpraktik »är lättare att förena med hem och barn än folktandvårdstjänst». »Privatpraktiken är barnvänligare» som någon uttryckte det.

Tab. 5. Yrkesverksamma tandläkare fördelade efter tjänstgöringsort och med uppdelning på anställda inom folktandvården och övriga yrkesverksamma

Tjänstgöringsort	Antal			%		
	i folktandv.	övriga	totalt	i folktandv.	övriga	totalt
Stockholm.....	16	68	84	17,4	27,3	24,8
Göteborg.....	9	20	29	9,8	8,0	8,6
Malmö.....	4	19	23	4,3	7,6	6,8
Övriga städer.....	45	109	154	48,9	43,8	44,8
Landsbygden.....	18	31	49	19,6	12,4	14,5
Summa	92	247	339	100	100	100

Tab. 6. Kvinnliga tandläkare fördelade efter yrkesställning och antalet minderåriga barn

Yrkeskategori	Antal kvinnor med nedanstående antal barn				
	0	1	2	3 o. fl.	Summa
Verksamma i privatpraktik <sup>1</sup> .....	8	5	6	5	24
Anställda i folktandvården.....	16	15	8	3	42
Övriga yrkesverksamma.....	9	2	3	2	16
Ej yrkesverksamma.....	6	5	1	—	12
Summa	39	27	18	10	94

<sup>1</sup> Privatpraktik enbart och assistenter.

Tab. 7. Yrkesverksamma tandläkare fördelade efter arbetstider per vecka

Arbetstimmar per vecka	Egen praktik och assistenter i privatpraktik		Anställda i folktandvården		Övriga yrkesverksamma		Samtliga	
	män	kv.	män	kv.	män	kv.	män	kv.
Uppgift sakn.....	6	2	—	—	—	—	6	2
Under 20 tim.....	3	3	—	—	1	2	4	5
20—29 tim.....	4	7	—	1	1	2	5	9
30—34 ».....	16	5	—	—	2	3	18	8
35—39 ».....	25	5	—	3	2	4	27	12
40—44 ».....	75	2	44	38	11	5	130	45
45—50 ».....	32	—	6	—	12	—	50	—
50 tim. och däröver.....	12	—	—	—	6	—	18	—
Summa	173	24	50	42	35	15	258	81

Detta sammanhänger naturligtvis med arbetstidens längd och de möjligheter att mera plastiskt anpassa arbetstiden efter de rådande förhållandena oberoende av regulatoriska föreskrifter som är för handen i den privata verksamheten.

Den genomsnittliga arbetstiden i timmar per vecka skulle vidare uppges (fråga 14). De uppgivna tiderna framgår av tabell 7, där spaltning gjorts även efter yrkesställning och kön.

Genom dessa uppdelningar blir visserligen materialet ytterligt finfördelat. Man kan naturligtvis inte i och för sig tillmäta de enskilda klassfrekvenserna någon högre grad av exakthet för skattningar av proportionen arbetande med den ena eller andra arbetstiden. Fördelningen ger emellertid en god karakteristik av förhållandena vis-à-vis arbetstiden inom olika verksamhetskategorier. Den stora spridningen inom privatpraktiken kontrasterar mot folktandvårdens standardiserade arbetstider. Man ser också hur de kvinnliga yrkesutövarna söker sig mot kortare arbetstider och undviker de extremt långa arbetstiderna. Dessa berör givetvis främst kvinnornas dubbelroll i samhället med familjens krav som måste tillgodoses. Dessa motiv har redan nämnts och även sambeskattningen åberopas i flera fall som motiv för en avkortad arbetstid — för övrigt ej endast av de kvinnliga tandläkarna utan nästan lika ofta även av manliga. Andra motiv för arbets-

tidsavkortning är naturligtvis åldern och hälsotillståndet; tandläkarens speciella yrkesåkomma — dålig rygg — åberopas i flera fall. Också värdet av fritid, önskan att ägna sig åt någon hobby och »att vara människa» framhålles i detta sammanhang.

För att ytterligare belysa arbetstidens utsträckning över året efterfrågades dels antalet arbetsveckor med full tid (fråga 15), dels den årliga semesterns varaktighet (fråga 17). Vad gäller antal arbetsveckor per år har redovisningen blivit rätt oenhetlig. Frågan var inte idealiskt formulerad. På vissa håll har den fattats efter sin ordagranna lydelse såsom det antal veckor då vederbörande arbetat minst 40 timmar, på andra håll som det antal veckor vederbörande arbetat sin normala tid och slutligen i andra fall har man helt betraktat den som årets alla veckor minus semestern. Helgerna har också spelat in i medvetandet och många har sålunda frånräknat dessa stympade arbetsveckor. Någon redovisning av antalet arbetsveckor ges därför ej, utan i stället redovisas semestrarnas längd som av svaren att döma ger möjligheter till en mera enhetlig bedömning av arbetstidens längd. Det är naturligtvis inte heller något helt idealiskt mått härför, men semesterförmånens stora betydelse för valet av verksamhet är dock påtaglig. Redovisningen av semestrarnas längd återfinnes i tabell 8. Uppdelningen på verksamhetskategorier överensstämmer med den som lämnats tidigare i tabell 7.

Också i detta avseende är folktandvårdens villkor mindre gynnsamma. Det är i stort sett endast de inom skoltandvården sysselsatta som genom sina ferier ha ett bättre läge i detta hänseende. En semestertid på 2 månader är som synes inte ovanlig bland privatpraktiker. Nu blir givetvis semesterfrågan endast ytterst schematiskt beskriven på detta sätt. Semestertiden står ju som regel i allmän tjänst i relation till levnadsålder och tjänsteår. De viktigaste undantagen från denna regel är skoltandvården och extra anställningar. För den privatpraktiserande blir semesterns längd givetvis främst beroende på hur pass väl inarbetad och ekonomiskt bärkraftig den egna praktiken är, dessutom tillkommer här naturligtvis klienteletts krav och möjligheterna att få ersättare. Folktandvårdens stora massa består av yngre tandläkare med få tjänsteår och till stor del av extra anställda. Dessa omständigheter måste givetvis hållas i minnet vid alla jämförelser mellan de olika verksamhetsformerna.

Tab. 8. Yrkesverksamma tandläkare fördelade efter den årliga semesterns längd

Antal semesterveckor per år	Antal tandläkare							
	Egen praktik och assistenter i privatpraktik		Anställda i folktandvården		Övriga yrkesverksamma		Samtliga	
	män	kv.	män	kv.	män	kv.	män	kv.
Uppgift saknas eller ingen semester.....	9	2	1	—	3	1	13	3
1—3 veckor.....	13	5	—	—	2	—	15	5
4 » .....	38	2	28	11	7	2	73	15
5 » .....	32	1	15	16	8	1	55	18
6 » .....	32	2	6	—	8	1	45	3
7 » .....	12	4	—	2	3	—	15	6
8—11 » .....	31	4	—	—	3	8	34	12
12 veckor och däröver.....	7	4	—	13	1	2	9	19
Summa	173	24	50	42	35	15	258	81

### Tidigare verksamhet inom folktandvården

Eventuell tidigare tjänstgöring inom folktandvården efterfrågades utförligt i frågorna 17 och 18. Här skall endast upptagas dels själva förekomsten av tidigare anställning, vidare om tjänstgöringen betingats av någon form av tvång eller åtagen förpliktelse såsom obligatorisk tjänstgöring för legitimation, erhållna lån och stipendier från stat eller landsting.

Av tabell 9 framgår fördelningen efter tidigare tjänstgöring inom folktandvården.

Bland de manliga tandläkarna var det sålunda ungefär hälften som saknade personlig erfarenhet av folktandvården, medan det bland de kvinnliga tandläkarna (som i allmänhet är yngre och senare utbildade) enbart var ungefär en fjärdedel som ej hade någon personlig kännedom om folktandvården.

Ofta var stipendiattjänstgöringen liksom den obligatoriska tjänstgöringen väl redovisade i formulären med tider och tjänsteställning, men på andra håll var redovisningen mera summarisk. Det är också mera tveksamt om uppgifterna till alla delar är fullständiga på denna punkt. Någon detaljerad uppdelning av stipendier och lån på stat och landsting lämnas därför inte. Sammanräknar man dessa olika tjänstgöringstyper, så har man uppgifter om sådan »tvångskommandering» bland 59 män och 24 kvinnor eller 22,6 % av männen och 25,5 % av kvinnorna eller totalt 23,4 %. Av de nuvarande anställda inom folktandvården är 40 % av männen och 34,2 % av kvinnorna från början »tvångsrekryterade». Siffrorna är möjligen något för låga, då inte alla av dem som nu fullgör stipendietjänstgöring har redovisat detta till följd av de allmänna villkoren för frågans besvarande.

Tab. 9. Enkätmaterialens fördelning efter tidigare tjänstgöring inom folktandvården

	Antal			%		
	män	kv.	saml.	män	kv.	saml.
Tidigare tjänstgöring.....	81	29	110	31,0	30,8	31,0
Ingen tidigare tjänstgöring.....	128	23	151	49,0	24,5	42,5
Frågan ej aktuell (nu anställda i folktandvården).....	50	42	92	19,2	44,7	25,9
Frågan ej besvarad.....	2	—	2	0,8	—	0,6
Summa	261	94	355	100	100	100

Tab. 10. Tandläkare som nu tjänstgör och tidigare tjänstgjort inom folktandvården fördelade efter tjänstgöringstider

Tjänstgöringstid	Anställda i folktandvården		Övriga tandläkare		Summa
	män	kv.	män	kv.	
Ofullständiga uppgifter.....	5	2	3	—	10
Under 1 år.....	1	2	14	3	20
1—2 ».....	8	3	41	14	66
3—4 ».....	14	3	11	4	32
5—9 ».....	9	9	10	4	32
10 år och däröver.....	13	23	2	4	42
Summa	50	42	81	29	202

Anställningstiderna inom folktandvården framgår av tabell 10. Materialet har därvid spaltats på tandläkare som nu är sysselsatta inom folktandvården och övriga tandläkare. För de anställda inom folktandvården inräknas även tiderna för den nuvarande tjänstgöringen. Ser man till dem för vilka tidsuppgifter föreligger så finner man att ungefär hälften har en tjänstgöringstid under 5 år. För de kvinnliga anställda ligger det som synes annorlunda till, i det att mer än hälften har en tjänstgöringstid om 10 år och däröver. Bland de övriga tandläkarna förhåller det sig så att de korta tjänstgöringstiderna dominerar. I själva verket har majoriteten tjänstgöringstider kortare än 3 år. Det är givetvis främst de korta vikariatet, det obligatoriska tjänstgöringsåret under åren 1943—1948 och tjänstgöringar till följd av erhållna stipendier och lån som avspeglas i dessa fördelningar.

Flertalet av dem som sålunda kommit till folktandvården har ej stannat kvar utan fortsatt till andra verksamhetsformer.

Till alla dem som tidigare varit verksamma i folktandvården ställdes följande frågor:

19. Vad var anledningarna till att Ni lämnade folktandvården?

20. Om det hade funnits flera befordringstjänster inom folktandvården hade Ni då övervägt att stanna kvar inom densamma?

21. Om det hade funnits större möjligheter att bedriva forskning i samband med tjänstgöringen inom folktandvården, hade Ni då övervägt att stanna kvar inom densamma?

Fråga 19 var en s. k. öppen fråga, som avsåg att fånga in så mycket som möjligt av de orsaker och motiv, vilka influerat på den enskildes val. En öppen fråga har givetvis oägenheten att de anförda motiven ofta blir så skiftande att de är svåra att klassificera. Formuleringarna är ibland så kortfattade att de blir svåra att tolka. Ett svar som »Friheten framför allt» kan t. ex. ha högst växlande innebörd. Vederbörande kan åsyfta arbetstider, frånvaro av överordnade, möjligheter att rätta sina inkomster och sin arbetsbörda efter sina behov och sin förmåga, liksom möjligheter att få ett eget klientel, att själv välja terapi och teknisk utrustning o. s. v. Listan kan göras nästan hur lång som helst, det är blott fråga om vilka omständigheter vederbörande egentligen mest tänkte på. Ur bearbetnings-synpunkter är naturligtvis frågor med bundna svarsalternativ att föredraga. Risken med enbart bundna frågor är dock att man tappar bort viktiga motiv när man utifrån sina förutsättningar a priori skall konstruera ett frågeformulär. I en

Tab. 11. Svaren på frågan om anledningarna till att vederbörande lämnade folktandvården

Svarstyper	Antal svar	Svaren i % av samtliga tidigare anställda
1 Trivsselförhållanden . . . . .	20	18,2
2 Blankettskrivande, inspektionsverksamheten . . . . .	12	10,9
3 För långa arbetstider, för korta semestrar . . . . .	12	10,9
4 Klientelets beskaffenhet, för mycket barntandvård . . . . .	12	10,9
5 Bundenheten i att vara anställd . . . . .	13	11,8
6 »Tvängskommenderingen» . . . . .	7	6,4
7 Högre lön, bättre ekon. villkor . . . . .	15	13,6
8 Diverse klagomål om arbetsförhållandena . . . . .	15	13,6
9 Önskan att bli egen företagare . . . . .	12	10,9
10 Vilja att pröva andra verksamhetsformer . . . . .	9	8,2
11 Familjeskäl, flyttningar, bostadsbrist . . . . .	6	5,5
12 Vidare utbildning . . . . .	5	4,5

undersökning som denna gäller det i stor utsträckning att få synpunkter och då är utvägen med spontana svar lämplig. Frekvensen svar av en viss typ blir visserligen rätt låg t. o. m. om man försöker gruppera svaren efter vissa vägledande synpunkter. I tabell 11 har gjorts ett försök att gruppera svaren med angivande av antalet svar av samma typ och dessutom satta i relation till antalet tidigare anställda i folktandvården. I många fall har vederbörande åberopat flera orsaker. Olika varierande kombinationer förekommer, varför redovisningen för enkelhetens och överskådlighetens skull ej kan ges mera detaljerad. Någon summering av svaren har därför ej heller utförts.

Därutöver förekommer ett tiotal olika svar av de mest skiftande slag, såsom »kom till folktandvården för att få rutin», »gillar ej systemet», »anser att det gått politik i folktandvården». Svaren och kommentarerna är i vissa fall omfattande — i några fall till och med skrivna på bilagor. Av utrymmesskäl kan givetvis enbart en del citeras här.

På frågan om befordringsmöjligheterna skulle ha inverkat på vederbörandes beslut att lämna folktandvården, svarade 42 ja, d. v. s. 38,2 % av de här tillfrågade, medan större möjligheter att bedriva forskning möjligen skulle ha inverkat på 20 personers beslut, d. v. s. endast 18,2 % av de tillfrågade. Det var sålunda påtagligt att tillgången till flera befordringstjänster kunde ha påverkat vederbörande till att stanna kvar inom folktandvården. I den mån kommentarer förekom i formuläret vid denna fråga liksom även i samband med andra frågor, rekommenderades inrättandet av flera befordringstjänster. Däremot tvivlade en del på de faktiska möjligheterna att bedriva forskning inom folktandvårdens ram och att förena forskningen med det vanliga poliklinikarbetet. Frågan har tydligen av många fattats som orealistisk även om man i och för sig gärna sett att dylika möjligheter funnits.

### *Den nuvarande inställningen till verksamhet inom folktandvården*

Till alla som ej var verksamma inom folktandvården riktades en serie frågor (22—25 och delvis även 26—31) som tog sikte på att utröna deras beredvillighet att tjänstgöra inom folktandvården och i så fall vilka önskemål som förelåg beträffande de allmänna arbets- och anställningsvilkoren för en dylik tjänstgöring.

På fråga 22, huruvida vederbörande var intresserad av anställning inom folktandvården, svarade av de tillfrågade endast 37 ja, d. v. s. 10,4 % av samtliga svarande i enkäten. Tabell 12 redovisar svaren med fördelning på verksamhetsform och kön. De personer som svarat nej på fråga 22 eller lämnat denna obesvarad, men besvarat de därefter följande frågorna, speciellt de som behandla tjänstgöringsförhållanden och önskade verksamhetsgrenar, har därvid sammanförts till en särskild — de betecknas här som odeciderade. Benämningen är kanske

*Tab. 12. Fördelning efter uttalat intresse för tjänstgöring inom folktandvården.*

	Intresserade		Odeciderade		Avvisande		Samtliga
	män	kv.	män	kv.	män	kv.	
Med egen praktik och assistenter . . . . .	25	4	42	8	106	12	197
Anställda i statlig eller kommunal tjänst . . . . .	1	—	2	12	—	1	16
Offentlig tjänst och privatpraktik . . . . .	4	—	12	1	11	—	28
Övriga . . . . .	—	1	—	—	5	—	6
Ej yrkesverksamma . . . . .	—	2	—	3	3	8	16
Summa	30	7	56	24	125	21	263

inte fullt adekvat, men med beaktande av deras sätt att svara och kommentera föreliggande avsnitt verkar den dock försvarbar. För många har frågorna givetvis haft en helt hypotetisk karaktär; att besvara dem innebär inte detsamma som att träffa ett avgörande i verkligheten.

Av tandläkarna utanför folk tandvården var det 13,7 % som förklarade sig intresserade av anställning inom folk tandvården, bland de enbart privatpraktiserande 19,7 % och bland övriga 12,1 %. Någon egentlig skillnad rådde därvid inte mellan manliga och kvinnliga tandläkare. Ja-svaren utgjorde 14,2 % för männen och 13,5 % för kvinnorna.

Frågorna 23 och 24 är parallellfrågor till frågorna 20 och 21, genom dem vill man veta om vederbörande var villig att taga sin ställning till folk tandvården under omprövning, om där fanns flera befordringstjänster, resp. större möjligheter att bedriva forskning. Av de som svarat nej på fråga 22, var det endast 36 som bejakade frågan om befordringstjänsterna och 31 som svarade ja till forskningsmöjligheterna. Ställer man dessa tal i relation till samtliga tandläkare utanför folk tandvården får man 13,7, resp. 11,8 %.

På fråga 24 om några andra omständigheter, som skulle göra vederbörande mera intresserad av anställning inom folk tandvården, anges bl. a. deltidstjänster med rätt till privatpraktik, provinsialtandläkartjänster, friare och självständigare ställning och arbetsförhållanden, längre semestrar och kortare arbetstid, tillgodoräknande av privatpraktik som tjänsteår, bättre ekonomiska villkor, mer differentierade tjänster (intresse för specialtjänster i ortodonti, tandkirurgi m. m. framskymtar bland kommentarerna). På den frågan finnes uttalanden från 48 tandläkare. En liknande uppräknning av svarstyperna som skedde beträffande fråga 19 redovisas i tabell 13. Någon procenttalsberäkning göres dock ej då orsaker här åberopats i så pass ringa utsträckning; endast ungefär  $\frac{1}{5}$  har här deklarerat synpunkter. Också här åberopas i flera fall mer än en av dessa anledningar. Någon summering av sammanställningen göres därför inte heller här.

I tabell 14 har de som förklarat sig intresserade av anställning inom folk tandvården ställts i relation till totalantalet inom resp. åldersgrupper. För jämförelse har dessutom de nu anställda inom folk tandvården på samma sätt satts i relation till totalantalet inom samma åldersgrupper. Den procentuella andelen ja-svar är som synes störst i åldern 40—50 år. De sociala förmånerna förenad med en dylik anställning har för dem en mera påtaglig innebörd än för de yngre, men samtidigt finnes här givetvis en stark hämsko i det offentliga löne- och anställningssystemet, som ju i hög grad bygger på tjänsteår.

Tab. 13. Omständigheter som åberopas av de tillfrågade tandläkarna för större beredvillighet att tjänstgöra inom folk tandvården

Åberopas för intresse	Antal gånger
Deltidstjänster . . . . .	9
Provinsialtandläkartjänster . . . . .	10
Friare och självständigare ställning . . . . .	19
Kortare arbetstid, längre semester . . . . .	9
Bättre ekon. villkor, »lön efter prestation» . . . . .	17
Rätt till extra förtjänster i privatpraktik . . . . .	4
Ändringar i ledning och organisation, »regimen», »i moralen inom folk tandvården» . . . . .	5
Mindre pappersexercis, ändrad inspektionsverksamhet . . . . .	6
Flera differentierade tjänster . . . . .	3
Friare val av terapi och teknisk utrustning . . . . .	4
Tillgodoräknande av år i privatpraktik som tjänsteår . . . . .	2

Tab. 14. Intresserad av anställning inom folktandvården och andelen för närvarande anställda i folktandvården inom olika åldersgrupper

Ålder	Samtliga tandläkare	Därav med intresse för folktandvården		Nu anställda i folktandvården	
		antal	i % av samtliga	antal	i % av samtliga
Under 30 år . . . . .	57	4	7,0	25	43,9
30—39 » . . . . .	118	11	9,3	33	28,0
40—49 » . . . . .	78	16	20,5	16	20,5
50—59 » . . . . .	68	6	8,8	16	23,5
60 år o. däröver . . . . .	34	—	—	2	5,9
Summa	355	37	10,4	92	25,9

Tab. 15. Intresserade av anställning inom folktandvården fördelade efter önskat slag av tjänstgöring

Tjänstgöringsform	Antal					
	Intresserade			Odeciderade		
	män	kv.	summa	män	kv.	summa
Heltid . . . . .	13	1	14	14	—	14
Avkortad heltid . . . . .	6	3	9	8	9	17
Deltid . . . . .	11	3	14	34	15	49
Summa	30	7	37	56	24	80

Vilket slag av tjänstgöring uttalar man sig då för? Bearbetningen av enkät-svaren på fråga 26 redovisas i tabell 15. Intresset för deltidstjänster och avkortade heltidstjänster överväger självfallet. Detta är ju också i överensstämmelse med vad man har kunnat utläsa ur kommentarerna.

Det önskade antalet arbetstimmar per år varierade för deltidstjänstgöring mellan 200 och 1 200 timmar och för avkortad heltid mellan 1 250 och 1 750 timmar. Det vanligaste beträffande deltid var 900—1 000 timmar, d. v. s. ungefär halvtidstjänstgöring. På grund av materialets litenhet har inte några fördelningar gjorts på grundval av dessa uppgifter.

Däremot har alternativen avkortad heltid och deltid fördelats efter arbetstidens fördelning över året (fråga 28). Svaren redovisas i tabell 16. Tre huvudtyper att förlägga tjänstgöringen kan urskiljas, nämligen vissa timmar dagligen, vissa dagar i veckan och arbete under endast viss del av året. Dessutom förekommer olika kombinationer av dessa enkla alternativ. Den vanligaste kombinationen var sommarferier, lediga lördagar och avkortad arbetsdag.

De önskade avlöningsvillkoren framgå av tabell 17, som går tillbaka på fråga 29 i formuläret. Fast lön och sociala förmåner som pension, sjuklön och semester visade sig vara den mest populära formen, därnäst kom lägre fast lön i förening med tantiem. Beträffande de avgjort intresserade är självfallet sifferunderlaget ytterst bräckligt både när det gäller lönesättning och arbetstider. De som i ren tveksamhet — eller ev. i misshugg — svarat på frågorna om ifrågavarande tjänstgöring (enligt förutsättningen till fråga 26) uppvisar emellertid ungefär



samma fördelning på de olika svarsalternativen, varför siffrorna trots allt dock ger en viss antydning om önskemålets riktning.

Fördelningen efter önskad verksamhetsgren — fråga 30 — framgår av tabell 18. Denna fråga ställdes även till tandläkare som uttalat sig för heltid. Flertalet tillfrågade ville ha någon kombinerad verksamhetsform, d. v. s. vanligen vuxentandvård och ungdomstandvård, men även alla de tre nämnda verksamhetsgrenarna förekommer. I kommentarerna framkommer dock att man ogärna sysslar med barntandvård.

Tab. 16. *Intresserade av anställning inom folkandvården fördelade efter önskade arbetstider*

Sätt för arbetstidens fullgörande	Antal	
	Intresserade	Odeciderade
Med vissa timmar dagligen.....	13	26
» » dagar i veckan.....	5	14
Under viss del av året.....	—	9
På annat sätt (vissa kombinationer) .	5	15
Uppgift saknas.....	—	2
Summa	23	66

Tab. 17. *Intresserade av anställning på deltid och avkortad heltid inom folkandvården fördelade efter önskade avlöningsvillkor*

Sätt för avlöningens beräkning	Antal	
	Intresserade	Odeciderade
Enbart timlön.....	—	8
Lägre timlön och tantiem.....	1	2
Fast lön och sociala förmåner.....	13	29
Lägre fast lön och tantiem.....	6	22
På annat sätt.....	2	5
Uppgift saknas.....	1	—
Summa	23	66

Tab. 18. *Intresserade av anställning inom folkandvården fördelade efter önskad verksamhetsgren*

Verksamhetsgren	Antal	
	Intresserade	Odeciderade
Barntandvård.....	6	9
Ungdomstandvård.....	2	4
Vuxentandvård.....	8	18
Kombinationer därav.....	16	26
Specialistvård.....	4	4
Uppgifter saknas.....	1	19
Summa	37	80

Tab. 19. Intresserade av anställning inom folktandvården fördelade efter tänkt verksamhet vid sidan om tjänstgöring inom folktandvården

Verksamhet vid sidan om tjänstgöringen	Antal			
	Intresserade		Odeciderade	
	män	kv.	män	kv.
Annan statlig eller kommunal tjänst	—	—	—	—
Lärartjänst.....	3	—	5	4
Egen praktik.....	11	—	24	—
Assistenttjänst i privatpraktik.....	—	—	—	1
Arbete i det egna hemmet.....	—	6	—	15
Annat (fritid, hobbies).....	2	—	4	—
Uppgift saknas.....	1	—	10	3
Summa	17	6	43	23

Enbart barntandvård bedöms enligt kommentarerna i detta avsnitt och svaren till fråga 31 som en hård tjänstgöring. Man framhåller starkt behovet av inte blott kortare arbetstid och längre semestrar (sommarderier i likhet med skolorna), utan också att tjänstgöringen arrangeras med en längre sammanhängande ledighet mitt under arbetsdagen. Det är sammanlagt 12 intresserade och 18 odeciderade svarande som framlagt synpunkter på dessa spörsmål.

I fråga 32, som skulle besvaras av alla som reflekterade på deltidstjänstgöring inom folktandvården, efterfrågades vilken form av verksamhet vederbörande tänkt sig att kombinera tjänstgöringen med. Av tabell 19 framgår hur svaren på denna fråga fördelar sig med uppdelning på kön.

Till de privatpraktiserande ställdes fråga 33: Skulle Ni kunna tänka Er att i Er praktik ta emot folktandvårdsfall och i så fall på vilka villkor?

Svaren har i huvudsak kommit att falla inom följande kategorier.

Nej (med eller utan utförliga kommentarer).

Ja, mot min egen taxa / mot gängse privattaxa / på mina vanliga villkor / på samma villkor som mina andra patienter.

Ja, enligt särskild överenskommelse / enligt viss grundtaxa med förhöjning / mot timarvode etc.

Svaren framgår av tabell 20. Att patienterna bör behandlas enligt den egna taxan och på villkor som övriga patienter vidhåller man allmänt.

Valet av terapi bör ligga på den behandlande tandläkaren och ej begränsas blott till oundgängligen nödvändiga ingrepp. Där patientens mun behöver saneras bör detta ske fastslår några i sina kommentarer. Benämningen folktandvård

Tab. 20. Villigheten att mottaga folktandvårdsfall i egen praktik

Svar	Antal tandläkare		I allt
	med enbart egen praktik	med egen praktik och tjänst	
Nej.....	40	4	44
Ja, mot egen taxa.....	92	16	108
Ja, enligt särskild överenskommelse.....	22	2	24
Ej besvarad.....	26	4	30
Summa	180	26	206

opponerade sig många emot och somliga ställde motfrågan: »Vad är ett folktandvårdsfall?»

Nej-svaren motiverades i åtskilliga fall med svar sådana som »Kan ej tänka därpå nu». »Finnes ej plats för ytterligare patienter i min praktik». »Nog med egna patienter».

### Allmänna frågor och synpunkter

Slutligen innehöll formuläret ett antal allmänna frågor, som skulle besvaras av alla. Den första av dessa frågor var fråga 36, som ville belysa inställningen till det nuvarande stipendiesystemet. Svaren redovisas i tabell 21 med uppdelning på kön. Flertalet ansåg att stipendiesystemet borde bibehållas. Mindre än en fjärdedel hävdade att det borde avskaffas. Åtskilliga — särskilt bland de äldre tandläkarna — deklarerade att de inte hade någon erfarenhet av systemet och kände alldeles för litet till förhållandena för att kunna uttala sig. En rätt kraftig opinion ansåg, att stipendiebeloppen borde utökas och så avsevärt att stipendierna innebar ett verkligt handtag för de studerande. Ett citat må anföras härvidlag som svar på frågan, i vilka avseenden stipendiesystemet bör förändras. »Med mycket ökade belopp eller också avskaffas. Det tjänar nu endast som ett tvång. Det är väl lite som hjälp, inte nog för att locka, vilket verkar vara meningen.»

Reformförslagen går annars vanligen ut på att återbetalningsrätt bör införas för dem som kommer till klarhet att de inte passar inom folktandvården. Andra anser att ett stipendiesystem som avser att locka folk till en viss verksamhetsgren är felaktigt. Stipendierna borde i stället liksom andra akademiska stipendier ges till sådana studerande som meriterar sig i sina studier. Under det första året borde i varje fall inga stipendier lämnas, då studenterna är alltför oerfarna för att kunna bedöma vad de ger sig in på.

Tandläkare anställda inom folktandvården har ett något avvikande svars-mönster med flera röster för stipendiesystemet, färre odeciderade men också något större andel för ett avskaffande. Se tabell 22, där en uppdelning gjorts på anställda i folktandvården och ej anställda.

Några citat som belyser opinionen må anföras:

»Ger kandidaten intryck av att vara så dålig att de måste mutas tjänstgöra.»

»Bör avskaffas. Möjligheter för statslån i stället. Större frihet efter examen.»

»Dessa stipendier begäras som regel vid studiernas början, utan att studenterna har någon som helst aning om vad det innebär av skyldigheter och förmå-

Tab. 21. Inställningen till det nuvarande stipendiesystemet med fördelning efter kön

	Antal			%		
	män	kv.	samtl.	män	kv.	samtl.
»Anser Ni att det nuvarande stipendiesystemet						
bör avskaffas?».....	61	21	82	23,4	22,3	23,1
bör bibehållas						
med oförändrade villkor och belopp?».....	75	25	100	28,7	26,5	28,2
med oförändrade villkor och ökade belopp?».....	48	23	71	18,4	24,5	20,0
bör förändras?».....	28	2	30	10,7	2,1	8,5
Vet inte.....	22	7	29	8,4	7,4	8,2
Obesvarad.....	27	16	43	10,3	17,0	12,1
Summa	261	94	355	100	100	100

Tab. 22. Inställningen till det nuvarande stipendiesystemet med fördelning på tandläkare inom resp. utanför folktandvården

	Antal			%		
	Tandläk. i folktandvård	Övriga	Totalt	Tandläk. i folktandvård	Övriga	Totalt
»Anser Ni att det nuvarande stipendiesystemet						
bör avskaffas?» .....	24	58	82	26,1	22,1	23,1
bör bibehållas?»						
med oförändrade villkor och belopp?» .....	28	72	100	30,4	27,4	28,2
med oförändrade villkor och ökade belopp?» .....	25	46	71	27,2	17,5	20,0
bör förändras?» .....	6	24	30	6,5	9,1	8,5
Vet inte. ....	3	26	29	3,3	9,9	8,2
Obesvarad. ....	6	37	43	6,5	14,0	12,1
Summa	92	263	355	100	100	100

ner att arbeta i folktandvård. Vid studiernas slut ha därför otaliga konflikter uppstått på grund av att vederbörande försökt att bli fri från den åtagna tjänstgöringsplikten ...»

»... studenterna betrakta dessa stipendier som ett slags extra guldregn ...»

»Stipendierna bör utdelas efter fullgjord tjänstgöring. Bör i så fall ökas med minst det belopp som ungefär motsvarar räntekostnaderna för motsvarande studielån.»

»Det är alldeles för lätt att erhålla stipendier och lån ...»

»Skapar tvång när tjänstgöringen skall påbörjas. Tvång skapar olust.»

»Man bör inte 'köpa' arbetskraft. Rekryteringar till folktandvården bör lösas på annat sätt.»

»Då det är svårt att under studietiden bestämma sig för folktandvård eller ej, bör stipendierna utdelas även till den som tjänstgör i folktandvården, utan att ha stipendier. På så sätt skulle lönen öka under de första fem åren och på så sätt öka rekryteringen.»

»... De nyexaminerade tandläkarna vågar sig i allmänhet ej på att omedelbart efter examen öppna privatpraktik utan vill först skaffa sig rutin och erfarenhet gärna i folktandvården, där deras bristande rutin även vid tantiemsystem ej i högre grad inverkar ofördelaktigt på inkomstförhållandena. De skulle med andra ord söka sig till folktandvården, även om det ej finnes stipendier att tillgå ...»

»Befrämjar ej folktandvårdens anseende.»

»Lämplighet och intresse för yrket bör vara utslagsgivande då stipendierna utdelas.»

»Anser att folktandvården inte är betjänt av att rekryteras av unga tandläkare som anser att det är något nödvändigt ont att tjänstgöra sina stipendieår och sedan slutar fortast möjligt... inte rätt mot äldre kolleger att dessa orutinerade tandläkare ska ha betalt för sitt arbete.»

»Folktandvården bör göras nog lockande för att i sig själv verka rekryterande.»

»Landstingen bör göra propaganda för dem (stipendierna) och inte endast hoppas på tysk import.»

Ett axplock bland argumenten från tandläkare utanför folktandvården skall också göras.

»Den som ej passar för folktandvård bör lättare kunna återbetala beloppet.»

- »Det klavbinder behövande unga.»  
 »En noggrannare behovsprövning, som kunde ge de verkligt behövande mera.»  
 »Det torde kunna uppfattas som en form av mutor.»  
 »Svårt att binda sig så tidigt och utan att veta något om folktandvård.»  
 »Stipendierna äro i förhållande till de verkliga studiekostnaderna obetydliga.  
 För detta obetydliga belopp gör sig studerande för viss tid 'livegen'...»  
 »Ej i längden befrämjande på en rekrytering i verkligt positiv bemärkelse.»  
 »Bör ändras till lån, som kunna återbetalas om man ej trivs med tjänstgöringen.»  
 »Ett arbete, en tjänst skall helt honoreras med arvode — såsom sker i samhället i övrigt.»  
 »Den nye folktandvårdstandläkaren får upp ögonen för bl. a. sina ekonomiska problem för sent, vilket tyvärr inte förbättrar folktandvårdens rykte.»  
 »Systemet inkräktar på den mindre välsituerades frihet att välja det som passar honom bäst.»

Frågorna 35 och 36 skulle endast besvaras av manliga tandläkare.

Anser Ni att den nuvarande militärtjänstgöringen åtminstone till någon del kunde ersättas med tjänstgöring inom folktandvården?

Anser Ni att antagandet av extra tandläkare med skyldigheter och förmåner utformade efter vad som gäller för extra tandläkare vid försvarets tandvård skulle kunna bidra till lösandet av folktandvårdens arbetskraftsproblem?

Svarsfördelningarna till den första frågan redovisas i tabell 23.

Möjligheterna att ersätta någon del av den nuvarande militärtjänstgöringen med tjänstgöring inom folktandvården bedömes som orealistisk. Flertalet ansåg att militärtjänstgöringen avsåg att förbereda tandläkarna för krigets krav. Den nuvarande militärtjänstgöringen utsattes också för en mycket skarp kritik. Den tar för litet sikte på att utbilda tandläkarna för deras uppgifter i krig som kirurgassistenter och använder dem i stället som oavlönad arbetskraft för den militära tandlagningen.

»I den s. k. facktjänstgöringen finns som regel ingenting annat militärt inslag än patienternas och ibland tandläkarnas klädedräkt.»

»För närvarande utnyttjar det 'militära' tandläkaren. Därför minska tjänstgöringstiden, men inför intet nytt tvång.»

»Militärtjänsten bör vara för utbildning till försvarsändamål.»

»All militär tandvård bör ske i folktandvården inom orten för militärförläggning... Om tandläkaren skall utföra sin militärtjänst, skall den helt bestå i utbildning och övning såsom läkarbiträden, d. v. s. tandläkaren skall kunna utföra minst lika kvalificerat arbete som en förstklassig sjuksköterska och operationsbiträde...»

Tab. 23. Inställningen till vissa föreslagna åtgärder att avhjälpa tandläkarbristen inom folktandvården

Svar	Militärtjänstgöringen		Extra tandläkartjänster	
	antal	%	antal	%
Nej.....	174	66,7	124	47,5
Ja.....	50	19,2	60	23,0
Vet inte.....	21	8,0	40	15,3
Ej besvarad.....	16	6,1	37	14,2
Summa	261	100	261	100

Bland de som ansåg att någon del av militärtjänstgöringen kunde fullgöras inom folktandvården, pekade man på det förhållandet att den nuvarande tjänstgöringen till en del just bestod i tandlagning av militärpersonal.

»All tid som ej är utbildning, d. v. s. all tandlagning.»

»En inkallelse på hemorten vore värdefull, givetvis mot militärlön.»

»Största delen som aktiv tandläkare. Vid fortsatt inkallelse tjänstgör man ju som regel som tandläkare.»

»Repetitionstiden vid förbanden, vi skall ej arbeta gratis...»

Inrättandet av extra tandläkartjänster motsvarande dylika inom försvaret rönt särskilt stark kritik från folktandvårdshåll. Man betonade särskilt att de korta perioderna verkade skadligt. I folktandvården behövdes kontinuitet och därav fanns för litet redan i den nuvarande organisationen.

»... övriga tandläkare i folktandvården skulle känna sig åsidosatta då en extra försvarstandläkare har högre lön per månad (timme).»

»... En tandläkare hinner inte på en eller ett par månader sätta sig in i arbetet på en klinik, än mindre lära känna klientelet.»

»Alltför dyr tandvård.»

Inte heller bland privatpraktiserande saknas kritiska röster. Systemet kanske i vissa fall kunde vara fördelaktigt för nyetablerad tandläkare som ännu ej inarbetat sin praktik, men som en tandläkare uttrycker det: »En modern praktik drar för stora fasta kostnader, för att jag skulle reflektera...» En annan kommentar pekar på risken för »hoppjerkor» utan ansvar. Men positiva röster saknas inte heller. I sin helhet har förslaget tagits emot mera välvilligt än tanken att ersätta någon del av militärtjänsten med verksamhet inom folktandvården. Frågan har dock varit ytterst specifik och många har inte varit orienterade om dess innebörd, varför endast cirka 70 % ansett sig kunna besvara densamma.

Frågan 37 lydte med ingress: Den privatpraktiserande tandläkaren har genom sin personliga arbetsinsats möjligheter upparbeta sin praktik och kan härigenom få ut ett betydande framtida good-will-värde. Även andra ekonomiska fördelar kan vara förknippade med privatpraktik.

Har dessa synpunkter haft någon väsentlig inverkan på Ert eget handlande när det gäller att välja mellan att etablera Er som egen företagare eller att taga (behålla) en anställning inom folktandvården?

Svaren redovisas i tabell 24. Även här har många lämnat frågan obesvarad särskilt bland de kvinnliga tandläkarna. Proportionerna mellan svaren är också

Tab. 24. Fördelning efter inställningen till good-will-värdets inverkan vid valet mellan egen praktik och anställning inom folktandvården

	Antal			
	Nej	Ja	Obesvarad	Summa
<i>Manliga tandläkare</i>				
med egen praktik.....	71	90	15	176
anställda i folktandvården.....	28	8	14	50
Summa män	99	98	29	226
<i>Kvinnliga tandläkare</i>				
med egen praktik.....	8	7	5	20
anställda i folktandvården.....	21	1	20	42
Summa kvinnor	29	8	25	62

olika för män och kvinnor. Det är naturligt att tandläkare med egen praktik har värderat good-will-värdet högre än de som är anställda i folktandvården. Good-will-värdet och de därmed förknippade ekonomiska fördelarna skattas emellertid av uttalandena att döma ganska lågt även bland privatpraktikerna. Den procentuella andelen ja-svar var bland männen 43,4 % men bland kvinnorna 12,9 %. Motsvarande andelar var för privatpraktikerna 47,1 % och för folktandvårdsanställda 9,8 %.

Denna fråga har utlöst en mängd kommentarer som ingalunda stannar vid den begränsade frågan utan vidare tar upp och utvecklar synpunkterna på folktandvården kontra egen praktik.

Vad först beträffar good-will-värdet så framhåller man med eftertryck att med nuvarande beskattning så har good-will begränsat ekonomiskt värde, då den beskattas som inkomst vid ett avyttrande av praktiken. »Nettot efter beskattningen blir inte mycket egentligen.»

För de äldre privatpraktikerna blir svaret i allmänhet på samma tema: »På min tid fanns inget val.» »Det fanns egentligen bara en sak att göra.» »Då existerade praktiskt taget blott enskild praktik.» De ekonomiska aspekterna på saken kan ofta tala så här: »Ekonomiska fördelar har ej haft betydelse, om det finns några, när man måste räkna med att pensionera sig själv.» »Framtida good-will-värde är nog betydligt överskattat och försvinner säkerligen alltmer.»

Bland de yngre och medelålders privatpraktikerna kan det däremot låta på följande sätt: »Genom framför allt intensivare arbetstakt kan en högre arbetsinkomst erhållas som privatpraktiker. I dagens läge torde för de flesta platser frågan om good-will sakna betydelse. Något höjt good-will-värde betalas ej.» Eller också så här:

»Den som räknar vad förmånerna som tjänsteman ger i långa loppet, inser lätt, att det ej kan vara good-will eller ekonomin som avgör om man vill vara tjänstetandläkare eller privatpraktiserande.»

»Vid tiden för min examen var fördelarna med privatpraktik före folktandvård påtagliga.» (En tandläkare examinerad i början av 40-talet.)

»... Som privatpraktiker får man dock efter vad jag själv hittills erfarit arbeta hårdare för att nå samma ekonomiska villkor som i folktandvården» skriver en landsbygdstandläkare.

»Genom att själv kunna reglera arbetets mängd, intensitet och arten av arbete (olika terapilösn.), arbetstid, ledigheter m. m. har för mig privatpraktiken stora fördelar.»

»Jag är angelägen att få behålla min relativa frihet så mycket som möjligt i det helt statsreglerade samhälle, som vi nu lever i.»

»Framför allt är det den personliga friheten.»

»Trivselfaktorer har förestavat avgörandet...»

»... sattes den individuella friheten högre än de ekonomiska synpunkterna.» Egen företagställning skattas högt på många håll:

»Ett av skälen till mitt yrkesval var möjligheten att få bli fri yrkesutövare.»

Också kontakten med och det personliga intresset av att få behålla patienterna framhålles: »... Tandborrare en sak, tandläkare något annat.»

Bland folktandvårdsanställda återkommer ofta synpunkten på good-will-värdets urholkade karaktär: »... beskattas som realisationsvinst.» »Dagens skattepolitik... gör andra ekonomiska fördelar tvivelaktiga.»

Det kan också vara andra synpunkter.

»Jag ville undvika allt jäkt som privattandläkare.»

»Riskmomentet inom privattandvård blir allt större...»

»Får fortsatt utbildning i folktandvården inom specialområden som ej går att få som privatpraktiserande.»

En kvinnlig anställd skriver: »... tryggare med en anställning. En praktik kan vara svårsåld då jag måste flytta med min make till annan ort genom hans yrke.»

»Familjeförhållandena ha bidragit till och avgjort mitt val.»

Där förekommer också fall, då vederbörande förklarar att han eller hon tänker sluta och övergå till privatpraktik. Man har haft ett stipendium eller man vill ha friare arbetsvillkor och mer lönande verksamhet. Svårigheten att amortera större studieskulder på folktandvårdslön, framhålles också.

Naturligtvis har inte på långt när alla givit kommentarer och synpunkter. Därför är det inte möjligt att presentera dessa svar i tabellform. Här gäller i än högre grad än vid tidigare frågor i formuläret att svaren går i varandra, mycket är upprepning av vad som tidigare kommit fram t. ex. vid frågan om anledningarna till avsked från folktandvården.

Detta gäller också formulärets båda sista frågor 38 och 39.

Har Ni i övrigt några synpunkter på folktandvården och genom vilka åtgärder skulle man enligt Er egen mening kunna göra tjänstgöringen inom densamma så attraktiv för tandläkare som möjligt?

Har någon förut icke nämnd omständighet haft någon mera väsentlig inverkan på Ert handlande vid valet mellan privatpraktik och folktandvård?

Synpunkter på folktandvården har lämnats av drygt hälften av alla deltagare i enkäten. De synpunkter som presenteras här blir i stort sett en upprepning, fast utförligare, av svaren å vissa tidigare ställda frågor, främst dock givetvis fråga 25. Det är sålunda fråga om större frihet och större ansvar för den enskilde tandläkaren, ändamålsenligare organisation, mera trivsel i arbetet, mindre krångel och pappersexercis, omläggning av inspektionsverksamheten — som anses »osmaklig» och förnedrande — friare händer och mera inflytande för tandläkarna när det gäller val av sköterskor och tekniker liksom vid anskaffandet av utrustning, flera differentierade tjänster, inte alltför stora kliniker. Arbetstiderna är alltför stela och framför allt för långa, möjligheter bör finnas att inarbeta tid och det är ofta svårt att vid behov få tjänstledighet.

Förbättrade ekonomiska villkor, flera befordringstjänster, påbyggd tantiemärsättning och rätt till privatpraktik påyrkas likaså. Deltidstjänster och provinssialtandläkartjänster föreslås inrättade, liksom barntandläkartjänster som följer skolornas arbetsår. Terapivalet är också en punkt där det klagas en hel del.

Några citat som belyser en del av dessa synpunkter. Först ett par privatpraktiker:

»Den privatpraktiserande tandläkaren utövar praktik med ansvar endast inför Medicinalstyrelsen. I folktandvården sker övervakning av övertandläkare etc., vilket enligt min uppfattning *icke* skapar arbetsglädje och icke heller sporrar till extra ansträngningar... skrivarseriet florerar inom folktandvården... min erfarenhet är, att arbetet i statlig regi skänker långt mindre tillfredsställelse än verksamhet i egen praktik...»

»... Barntandvården bör överhuvud ges ett större utrymme, detta kunde tills vidare ske på bekostnad av vuxentandvården, där även en behovsprövning kunde införas. ... inrättande av halvtidstjänster... Många gifta kvinnliga tandläkare skulle hälsa ett sådant arrangemang med glädje. Även äldre privatpraktiker som finner full arbetsvecka för krävande... Möjlighet till större arbetsinkomst genom *påbyggd tantiemärsättning* på inarbetat brutto skulle säkerligen verka stimulerande...»

Några uttalanden från tandläkare inom folktandvården skall också anföras:



»...Ingen inspektion i rummen av patienter, när inspektören lärt känna sin kollega. Ingen favorisering av utländsk kollega för att en svensk äldre kostar mera i lön.»

»Avskaffa patientinspektionerna. Införa 40-timmarsvecka (36 för barntandlagning). Så vitt möjligt införa de fördelar en privatpraktik erbjuder (ex. fria sommarlördagar). Provinsialtandläkare en god lösning.»

»Om tjänstgöringen kunde ordnas i likhet med Eastmaninstitutets (längre semester, 30 vardagar efter fyllda 30 år och 39 vardagar efter 40 år) och införande av sommartid utan skyldighet att arbeta längre på sommaren (som barntandläkare är det ofta svårt att få patienter under skolornas lov).»

»Kvalitetskravet på såväl anställda som deras prestanda bör ej avprutas... Allt för högre standard och bättre anseende.»

Den sista frågan nr 38 ger i stort sett intet annat än en upprepning av vad som tidigare sagts. Det betyder inte att frågan i och för sig var utan värde, tvärtom gav den många gånger en utmärkt komplettering till vad som tidigare sagts och underlättade föreståelsen och tolkningen av den enskildes ställningstagande. Yttrandena var naturligt nog av skiftande karaktär — envar nämnde tydligen det som han inte tidigare kommit sig för eller haft tillfälle att nämna.

En privatpraktiker, legitimerad under den tid då obligatorisk tjänstgöring inom folktandvården krävdes för legitimation, skrev: »Tvångslagen förstörde allt intresse för folktandvården för oss som drabbades av den mer eller mindre.»

En annan privatpraktiker pekar på »Tillfredsställelsen att som fri företagare upparbeta praktiken, se den växa, behålla patienternas förtroende och se sitt klientel återkomma... fritt val av arbetstid, semester, bostadsort...»

En anställd i folktandvården passar här på att prisa den laganda och den goda samhörighet som i hans stad råder inom folktandvården.

En annan anställd skriver: Har provat båda men funnit mig bäst tillrätta med tjänst...»

Om man skall försöka summera intrycken av svaren på dessa olika frågor är det närmast kring några huvudlinjer som åsikterna och synpunkterna kretsar. Yrkeskåren som sådan är starkt inriktad på att verka som fria företagare. Yrkesvalet synes ofta ha influerats av personliga värderingar av den fria företagarens ställning. De ekonomiska aspekterna är därvid inte så dominerande. Med denna inställning hos många är det därför inte så förvånande att folktandvården inte förmått fånga flera av de tandläkare som under årens lopp passerat igenom. Man får dock ett intryck av denna enkät att det finns ett intresse för deltidstjänster, liksom även för provinsialtandläkartjänster. Överhuvudtaget synes man gärna vilja ha någon friare form av tandläkartjänster, förenade med rätt till viss egen praktik eller annan verksamhet.

Stockholm i november 1958

Börje Nilsson

### Tandläkarenkäten 1958

Vi ber Er läsa igenom formuläret före besvarandet. Beakta de anvisningar och villkor, som anges i varje särskilt fall och besvara alla frågor, som äga tillämpning i Ert fall. Där svarsalternativ bör anges, ringa den tillämpliga siffran. Om fler än ett svarsalternativ är tillämpligt, sätt en ring kring var och en av motstående siffror.

Var vänlig markera svar på varje fråga för sig. Om anmärkningsraderna icke räcker till för kommentarer, använd de blanka sidorna att skriva på. Vi är tacksamma för alla synpunkter, som berör eller tangerar de ställda frågorna.

#### I. Personliga data

1. Kön
  - 1 man
  - 2 kvinna
2. Civilstånd
  - 1 ogift
  - 2 gift
  - 3 förut gift
3. Födelseår .....
4. År för tandläkarexamen .....
5. *Följande fråga besvaras endast av kvinnliga tandläkare.*  
Hur många barn har Ni?  
..... barn, som är födda åren .....
6. Är Ni f. n. yrkesverksam som tandläkare?  
0 nej  
1 ja  
Anm: .....
- Om nej på fråga 6 besvaras frågorna 7 och 8:*
7. Vilken eller vilka är anledningarna härtill?  
.....
8. Har Ni tidigare varit yrkesverksam som tandläkare efter examen?  
0 nej  
1 ja  
Anm: .....
- Om nej på fråga 8:*
9. Vilken eller vilka var anledningarna härtill?  
.....
- Om ja på fråga 8:*
10. Hur lång tid har Ni varit yrkesverksam som tandläkare?  
.....

#### II. Nuvarande yrkesverksamhet

*Frågorna 11—16 besvaras endast av nu yrkesverksamma tandläkare.*

11. Vilken är Er nuvarande verksamhet?
  - 1 egen praktik (ev. som associé)
  - 2 assistent hos privatpraktiker
  - 3 anställning inom folktandvården
  - 4 annan kommunal eller statlig tjänst
  - 5 annat. Specificera! .....

12. På vilken ort är Er arbetsplats belägen? .....
13. Vilken är Er genomsnittliga arbetstid per vecka? .....  
 ..... tim. Anm: .....
- Om Ni arbetar mindre än 40 timmar per vecka besvara då fråga 14.*
14. Angiv anledningarna härtill .....
15. Hur många arbetsveckor per år arbetar Ni full tid?  
 ..... veckor. Anm: .....
16. Hur lång semester har Ni årligen?  
 ..... veckor. Anm: .....

### III. Verksamhet inom folkandvården

*Följande fråga 17 besvaras av alla.*

17. Har Ni tidigare varit verksam inom folkandvården?  
 0 nej  
 1 ja  
 Anm: .....
18. *Om ja.* Angiv befattning, tjänstgöringens art, tjänstgöringsort och anställningens(arnas) varaktighet i nedanstående tabell. Anställningarna förtecknas i kronologisk ordningsföljd. Om tjänstgöringen fullgjorts på grund av stipendium eller lån från staten eller från lands-ting anges detta. Obligatorisk tjänstgöring inom folkandvården för erhållande av fullständig legitimation redovisas också med särskild angivelse. Det senare gäller endast dem som tagit examen åren 1943—1948.  
 Beträffande tjänstgöringens art skall angivas om tjänstgöringen avsett barntandvård, vuxentandvård eller blandad tjänst. Vidare anges typ av institution inom vilken tjänstgöringen varit förlagd, t. ex. distriktstandpoliklinik etc.

Befattning	Tjänstgöringens art	Institution	Tjänstgöringsort	Tjänstgöringen	
				började år mån.	slutade år mån.

*Om Ni tidigare varit anställd inom folkandvården men slutat, besvara då de följande frågorna 19—21.*

19. Vad var anledningen(arna) till att Ni lämnade folkandvården?  
 .....
20. Om det hade funnits flera befordringstjänster inom folkandvården hade Ni då övervägt att stanna kvar inom densamma?  
 0 nej  
 1 ja  
 Anm: .....
21. Om det hade funnits större möjligheter att bedriva forskning i samband med tjänstgöringen inom folkandvården hade Ni då övervägt att stanna kvar inom densamma?  
 0 nej  
 1 ja  
 Anm: .....

*Följande frågor 22—24 besvaras av alla som ej äro verksamma inom folktandvården.*

22. Är Ni intresserad av anställning inom folktandvården?  
 0 nej  
 1 ja  
 Anm: .....
- Om nej på fråga 22, besvara frågorna 23, 24 och 25.*
23. Om det fanns flera befordringstjänster inom folktandvården skulle Ni då överväga att taga anställning inom densamma?  
 0 nej  
 1 ja  
 Anm: .....
24. Om det fanns större möjligheter att bedriva forskning i samband med tjänstgöringen inom folktandvården, skulle Ni då överväga att taga anställning inom densamma?  
 0 nej  
 1 ja  
 Anm: .....
25. Kan Ni anföra några andra omständigheter, som skulle göra Er mera intresserad av en anställning inom folktandvården?  
 .....  
*Om Ni är intresserad av anställning inom folktandvården (22: 1).  
 Svara även om Ni är tveksam!*
26. Skulle Ni då föredraga  
 1 heltidstjänstgöring  
 2 avkortad heltidstjänstgöring  
 3 deltidstjänstgöring  
*Om Ni är intresserad av avkortad heltidstjänstgöring eller deltidstjänstgöring (26: 2—3) inom folktandvården besvara frågorna 27—29.*
27. Vilket ungefärligt antal timmar per år skulle Ni vilja tjänstgöra?  
 ..... tim. Anm: .....
28. Hur skulle Ni i så fall vilja ha denna arbetstid fördelad?  
 1 vissa timmar dagligen  
 2 vissa dagar i veckan  
 3 viss del av året. Vilka månader? .....
- 4 på annat sätt. Specificera! .....
29. Hur skulle Ni i så fall vilja ha avlöningsförhållandena ordnade?  
 1 timlön enbart  
 2 viss lägre timlön + tantiem  
 3 fast lön och ev. pension, sjuklön, semester  
 4 viss lägre fast lön + tantiem och ev. pension, sjuklön, semester  
 5 på annat sätt. Specificera! .....
- Följande frågor 30—31 besvaras av alla som reflektera på anställning inom folktandvården (såväl på heltid som på deltid).*
30. Vilken (eller vilka) verksamhetsgren(ar) skulle Ni föredraga?  
 1 barntandvård (—15 år)  
 2 ungdomstandvård (16—19 år)  
 3 vuxentandvård (20 år—)  
 4 kombination. Angiv av vilka grenar .....
31. Angiv Edra synpunkter på arbetstidens längd och fördelning under året vid heltidstjänstgöring inom barntandvården.  
 .....
- Följande fråga 32 besvaras av alla som reflektera på deltidstjänstgöring inom folktandvården.*
32. Med vilket annat slag av verksamhet skulle Ni vilja kombinera Er tjänstgöring inom folktandvården?  
 1 annan statlig eller kommunal tandläkartjänst  
 2 lärtjänst vid högskola o. dyl. eller vetenskapligt arbete

- 3  egen praktik (ev. som associé)  
 4  assistenttjänstgöring hos privatpraktiker  
 5  arbete i det egna hemmet (avser företrädesvis gifta kvinnor med minderåriga barn)  
 6  annan verksamhet. Specificera! .....

*Fråga 33 besvaras endast av privatpraktiserande tandläkare.*

33. Skulle Ni kunna tänka Er att i Er praktik ta emot folktandvårdsfall och i så fall på vilka villkor? .....

#### IV. Vissa allmänna synpunkter

*Besvaras av alla!*

34. Anser Ni att det nuvarande stipendiesystemet med tjänstgöring under vissa år inom folktandvården

- 1  bör bibehållas med oförändrade villkor och belopp?  
 2  bör bibehållas med oförändrade villkor och ökade belopp?  
 3  bör förändras? I så fall i vilka avseenden? .....

- 0  bör avskaffas? I så fall varför? .....

*Frågorna 35 och 36 besvaras endast av manliga tandläkare.*

35. Anser Ni att den nuvarande militärtjänstgöringen åtminstone till någon del kunde ersättas med tjänstgöring inom folktandvården?

- 0  nej  
 1  ja Om ja: Hur anser Ni att detta bör ordnas och hur stor del av tjänstgöringstiden bör anslås härför? .....

36. Anser Ni att antagande av extra tandläkare med skyldigheter och förmåner utformade efter vad som gäller för extra tandläkare vid försvarets tandvård skulle kunna bidra till lösande av folktandvårdens arbetskraftsbehov?

- 0  nej  
 1  ja

Kommentarer: .....

Den privatpraktiserande tandläkaren har genom sin personliga arbetsinsats möjligheter upparbeta sin praktik och kan härigenom få ut ett betydande framtida good-will-värde. Även andra ekonomiska fördelar kan vara förknippade med privatpraktik.

37. Har dessa synpunkter haft någon väsentlig inverkan på Ert eget handlande när det gäller att välja mellan att etablera Er som egen företagare eller att taga (behålla) en anställning inom folktandvården?

- 0  nej  
 1  ja

Kommentarer: .....

38. Har Ni i övrigt några synpunkter på folktandvården och genom vilka åtgärder skulle man enligt Er egen mening kunna göra tjänstgöringen inom densamma så attraktiv för tandläkare som möjligt?

39. Har någon förut icke nämnd omständighet haft någon mera väsentlig inverkan på Ert handlande vid valet mellan privatpraktik och folktandvård?  
 .....  
 .....

..... den ...../..... 1958

Namn: .....

Adress: .....

## BILAGA 2

### Sammanfattande uppgifter angående verksamheten vid centraltand- polikliniker år 1957 (uppgifterna avse 16 polikliniker)<sup>1</sup>

		därav endast för konsultation
1. <i>Antal patienter inom</i>		
a) den egentliga lasarettstandvården .....	7 921	668
b) den egentliga remisstandvården .....	17 889	724
c) folktandvården i övrigt .....	1 967	173
	<b>Summa 27 777</b>	<b>1 565</b>

a) *Egentlig lasarettstandvård (Remisser från sjukhusens olika avdelningar;  
sluten vård)*

Avdelning	Antal	
	barn t. o. m 15 år	övriga
medicinska .....	23	2 256
kirurgiska .....	25	600
öron-, näs- och hals (otiatriska)	69	790
ögon (oftalmiatriska) .....	29	492
psykiatriska .....	32	286
pediatriska .....	400	4
gynekologiska .....	7	134
radiologiska .....	4	57
ortopediska .....	5	69
epidemiska .....	3	72
kronikeravd. ....		55
reumatologiska .....		686
neurologiska .....		81
dermatologiska .....	4	238
plastikkir. ....	34	18
talpedagogiska .....	1	4
<b>Summa</b>	<b>636</b>	<b>5 842</b>

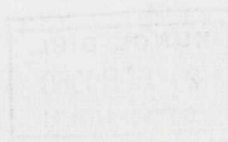
b) *Egentlig remisstandvård (Remisser från distriktstandpol. o. a. enligt § 2  
folktandvårdstaxan; öppen vård)*

Remiss från	Antal	
	barn t. o. m. 15 år	övriga
distriktstandläkare .....	2 046	2 655
annan tandläkare .....	1 183	4 666
tjänsteläkare utom lasarett...	118	882
tjänsteläkare inom lasarett...	175	2 378
annan läkare (ej tjänsteläkare)	31	244
med rem. jämförbar } .....	95	673
söker själv		
<b>Summa</b>	<b>3 648</b>	<b>11 498</b>

<sup>1</sup> Bristande överensstämmelse mellan motsvarande siffror i följande tabeller äro att hänföra till vissa ofullständigheter i primärmaterialet.

<i>2. Vissa utförda arbetsprestationer (särskilt käkkirurgiska och -protetiska fall)</i>	
a) käkfrakturer .....	316
b) progenifall .....	42
c) kirurgiska proteser och obturatorer .....	91
<i>3. Under år 1957 diagnostiserade sjukdomar.</i>	
Cheilo-gnato-palato-schisis (Läpp-, käk-, gomspalt) .....	128
Caries dentis (Tandkaries) .....	2 296
Pulpitis (Pulpainflammation) .....	1 040
Retentio dentis (Tandretention) .....	2 105
Anomalia dentis (Tandmissbildning) .....	349
Rad. relicta (Kvarsittande rot) .....	696
Anomalia mand. et max. (Onormal under- eller överkäke) .....	12
Ligamentum hypertrophica (För stort läppband) .....	347
Neuralgia (Neuralgi) .....	132
Sinusitis (Käkhåleinflammation) .....	35
Parodontopathia, stomatitis (Tandköttssjukdom, muninflammation) .....	1 414
Arthrosis mand. (Käkleddssjukdom) .....	965
Fractura mand., fractura max. (Brott å underkåkens respektive överkåkens ben) .....	333
Fractura dentis (Brott å tand) .....	243
Luxatio mand. (Underkåken ur led) .....	84
Luxatio dentis (Lösslagen tand) .....	277
Ostitis apicalis chron. (Kronisk inflammation kring tandrotspets) .....	2 567
Ostitis apicalis acuta (Akut inflammation kring tandrotspets) .....	1 143
Phlegmone (Utbredd varbildning) .....	7
Actinomycosis (Strålvampsjukdom) .....	2
Tumores benignae (Godartade svulster) .....	256
Tumores malignae (Elakartade svulster) .....	31
Cystae (Cystor) .....	669
<i>4. Operativt behandlade sjukdomsfall och utförda operationer under år 1957.</i>	
<i>Diagnos</i>	<i>Operation</i>
Rententio dentis (Tandretention)	operativ extraktion .....
Rententio dentis (Tandretention)	friläggning .....
Radix rel. (Kvarsittande rot)	operativ extraktion .....
Anomalia radices etc. (Övriga kompli- cerade extraktioner)	operativ extraktion .....
Ostitis apicalis acuta c. absce. (Akut in- flammation kring tandrotspets med varböld)	incision .....
Abscessus (Böld av annan orsak)	incision .....
Ostitis apicalis chron. (Kronisk inflam- mation kring tandrotspets)	apicektomi/apicalkyr. rotspetsre- sektion .....
Cysta (Cysta)	cystaoperation .....
Hypertrophia phren. lab., ankyloglossia (För stort läppband, för kort tung- band)	plastisk operation .....
	<hr/>
	<i>Transport</i> .....
	6 004

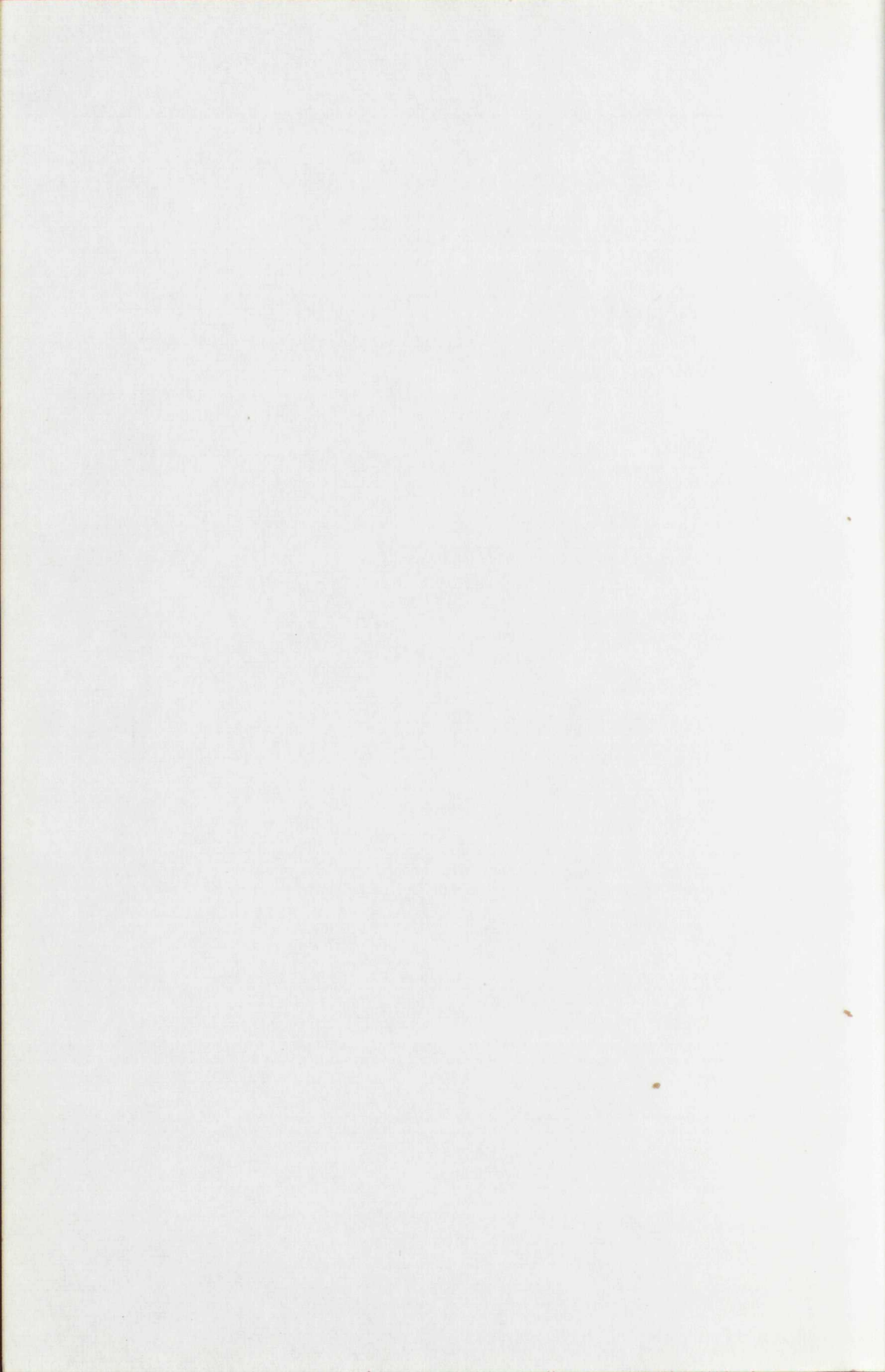
<i>Diagnos</i>	<i>Operation</i>	189
	<i>Transport</i>	6 004
Paradentosis, gingivitis hypertrophica (Tandköttssjukdom)	gingivectomi .....	287
Atrophia proc. alv. etc. (Käkbensatrofi, ojämnhet i käkbenet)	plastisk operation .....	879
Tumores (Svulster)	excision .....	258
Varia (Övriga, diverse operationer)	provexcisioner, revisioner .....	230
	<u>Summa</u>	<u>7 658</u>





KUNGL. BIBL.  
20 FEB 1960  
STOCKHOLM







# Statens offentliga utredningar 1960

## Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

---

<b>Justitiedepartementet</b>	<b>Ecklesiastikdepartementet</b>
<b>Utrikesdepartementet</b>	<b>Jordbruksdepartementet</b>
<b>Försvarsdepartementet</b>	<b>Handelsdepartementet</b>
<b>Socialdepartementet</b>	<b>Inrikesdepartementet</b> Folkandvården. [1]
<b>Kommunikationsdepartementet</b>	<b>Civildepartementet</b>
<b>Finansdepartementet</b>	