KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

Ref

Statens
offentliga
utredningar
1970: 11
Social-
departementet

Folktandvårdens utbyggande och reglering

SOU

Betänkande avgivet av 1967 års
folktandvårdsutredning
Stockholm 1970

Statens offentliga utredningar 1970

Kronologisk förteckning

1. Barns utemiljö. Tryckeribolaget. C.
2. Om stat och kyrka. Beckman. U.
3. Balanserad regional utveckling. Esselte. I.
4. Reformerad lärarutbildning. Svenska Reproduktions AB. U.
5. Statligt stöd till fiskehamnar. Esselte. Jo.
6. Ny livsmedelsstadga m.m. Del. I. Förslag och motiv. Tryckeribolaget. S.
7. Ny livsmedelsstadga m.m. Del. II. Bilagor. Tryckeribolaget. S.
8. Yrkesteknisk högskoleutbildning. Svenska Reproduktions AB. U.
9. Snöskoter-fordonet och föraren. Esselte. K.
10. Fria läromedel. Beckman. U.
11. Folktandvårdens utbyggande och reglering. Beckman. S.

Anm. Om särskild tryckort ej anges är tryckorten Stockholm.

Statens offentliga utredningar
1970:11
Socialdepartementet

Folktandvårdens utbyggande och reglering

Betänkande avgivet av 1967 års folktandvårdsutredning
Stockholm 1970

K L Beckmans Tryckerier AB • Stockholm 0109539

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom beslut den 16 december 1966 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för socialdepartementet att tillkalla högst nio sakkunniga med uppdrag att utreda frågan angående folktandvårdens verksamhet och organisation m. m.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 7 februari 1967 såsom sakkunniga f.d. överdirektören i medicinalstyrelsen Erik Björkquist, tillika ordförande, direktören i Sveriges tandläkarförbund Jan Erik Ahlberg, numera talmannen i riksdagens andra kammare Henry Allard, numera hovrättsassessorn Carl Herman Bergh, ledamöterna av riksdagens andra kammare Matteus Berglund, John Eriksson i Bäckmora, Arvid Eskel och Eric Krönmark samt kommunalrådet Harald Lindvall.

De sakkunniga har antagit namnet 1967 års folktandvårdsutredning.

Till sekreterare åt utredningen förordnades den 4 april 1967 numera byrådirektören hos socialstyrelsen Lennart Carlsson.

Såsom experter åt utredningen har fungerat medicinalrådet och chefen för socialstyrelsens tandvårdsbyrå Olof Osvald, tandvårdscheferna Jöran Eklund, Luleå, och Bertil Karlsson, Kristianstad, samt numera cheftandläkaren Bengt Sundin, Hudiksvall.

Genom beslut den 10 november 1967 har Kungl. Maj:t uppdragit åt utredningen att närmare överväga följderna för folktandvården av att sjukvårdshuvudmännen övertar tandvården för värnpliktig personal och att lägga fram erforderliga förslag i ämnet.

För att tagas under övervägande vid det åt utredningen lämnade uppdraget har vidare till utredningen överlämnats

den 21 april 1967 Sveriges tandläkarförbunds skrivelse den 11 oktober 1966 rörande dispens från vissa bestämmelser i folktandvårdsförfattningarna,

den 13 juni 1967 lärarkollegiets vid tandläkarhögskolan i Stockholm framställning den 13 juni 1961 angående ny utredning rörande meritvärdering och kompetens för övertandläkare vid centraltandpolikliniker,

den 13 juni 1967 Sveriges tandläkarförbunds skrivelse den 18 november 1961 angående behörighetsvillkor för lasarettstandläkare m. m. samt

den 26 januari 1968 socialstyrelsens skrivelse den 8 juni 1962 med förslag rörande tandvård åt personer, som intagits på ungdomsvårdsskolor samt vissa nykterhetsvårdsanstalter.

Till utredningen har även inkommit skrivelser från organisationer och enskilda med synpunkter och förslag rörande olika med folktandvården sammanhängande frågor.

Vid fullgörandet av sitt uppdrag har utredningen samrått med företrädare för följande myndigheter och organisationer, nämligen

vid behandlingen av frågan angående den militära fredstandvårdens organisation med representanter för arméstabens organisationsavdelning, försvarets sjukvårdsstyrelse, 1966 års värnpliktskommitté och försvarstandläkarnas förening,

vid behandlingen av frågor rörande vuxentandvårdens utbyggande och samordning med en allmän tandvårdsförsäkring med ordföranden i Sveriges tandläkarförbund,

vid behandlingen av frågan angående efterutbildning och vidareutbildning av tand-

läkare med landstingsförbundets utbildningsavdelning samt

vid behandlingen av frågan om folktandvårdens ledning och tillsyn med tandvårdsdirektören i Stockholm, Sven-Gustav Åstrand, övertandläkaren vid centraltandpolikliniken å Danderyds sjukhus, Måns Hultin, tandvårdschefen i Stockholms län, Stig Lanevik, och övertandläkaren för tandregleringspolikliniken i Örebro, Sten Linder-Aronsson.

Härjämte har företrädare för det blivande Stor-stockholmslandstinget fått tillfälle att inför utredningen framföra synpunkter rörande de speciella problem som är förknippade med folktandvårdens utbyggande i detta område.

Stockholm den 28 januari 1970

Erik Björkquist

Jan Erik Ahlberg *Henry Allard* *Carl Herman Bergh*

Matteus Berglund *John Eriksson* *Arvid Eskel*

Eric Krönmark *Harald Lindvall*

Lennart Carlsson

För att närmare informera sig om glesbygdens tandvårdsproblem har utredningen vidare företagit en studieresa till Norrbottens och Jämtlands län och därvid sammanträffat med företrädare för såväl landsting och primärkommuner som tandläkarna inom folktandvården.

Sedan utredningen numera slutfört huvuddelen av utredningsuppdraget, främst avseende distriktstandvårdens och den militära fredstandvårdens utbyggande och utformning, får utredningen härmed överlämna sitt betänkande härutinnan.

Av uppdraget återstår härefter vissa frågor rörande tandvården inom slutna anstalter samt rörande specialisttandvårdens utbyggande och reglering.

Innehåll

Författningsförslag

Lag om folktandvård 9
Folktandvårdskungörelse . . . 14
Kungörelse om statsbidrag till folktandvård 20
Förordning om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården 22

Kapitel 1 *Direktiven för utredningen. Arbetets uppläggning* 23
1.1 Direktiven 23
1.2 Arbetets uppläggning 25

Kapitel 2 *Folktandvårdens utveckling* 26
2.1 Kortfattad historik 26
2.2 Folktandvårdens nuvarande organisation och reglering . . . 30
2.2.1 Huvudmannaskap . . . 30
2.2.2 Den lokala organisationen 30
2.2.3 Tandvårdspersonalen . . 31
2.2.4 Folktandvårdens klientel . 31
2.2.5 Kostnaderna för tandvården 31
2.2.6 Statens bidrag till folktandvården 32
2.3 Folktandvårdens numerära omfattning 32

Kapitel 3 *Prognoser rörande tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan* 34
3.1 1961 års sjukförsäkringsutredning 34
3.2 Folktandvårdsutredningen . . . 35

Kapitel 4 *Barn- och ungdomstandvårdens utbyggande* 40
4.1 Hittillsvarande utveckling . . . 40
4.2 Vidgad förskoletandvård . . . 42
4.3 Vidgad ungdomstandvård . . . 45
4.4 Utvidgningens genomförande . 48

Kapitel 5 *Den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården* . . 50
5.1 Direktivens innebörd 50
5.2 Verksamhetens nuvarande omfattning och organisation . . . 50
5.3 Försvarets tandvårdsberednings förslag och dess remissbehandling (sammandrag) 52
5.3.1 Försvarets tandvårdsberedning 52
5.3.2 Remissbehandlingen . . 53
5.4 Folktandvården på de militära förläggningsorterna 55
5.5 Tandvårdsbehovet under värnpliktstjänstgöringen 56
5.5.1 Försvarets tandvårdsberedning 56
5.5.2 Remissinstanserna . . . 58
5.5.3 Senare undersökning . . 58
5.5.4 Folktandvårdsutredningen 59
5.6 Målsättningen för den militära fredstandvården 59
5.6.1 Försvarets tandvårdsberedning 59
5.6.2 Remissinstanserna . . . 61
5.6.3 Folktandvårdsutredningen 62
5.7 Den militära fredstandvårdens tillgodoseende 63

5.7.1 Försvarets tandvårdsberedning 63
5.7.2 Remissinstanserna . . . 63
5.7.3 Folktandvårdsutredningen 65
5.8 Övergångsanordningar och ersättningsgrunder 66
5.8.1 Försvarets tandvårdsberedning 66
5.8.2 Remissinstanserna . . . 68
5.8.3 Folktandvårdsutredningen 68

Kapitel 6 *Vuxentandvårdens utbyggande och samordning med en allmän tandvårdsförsäkring* 72

Kapitel 7 *Informativa åtgärder för befrämjande av rekryteringen till distriktstandvården* 78
7.1 Medicinalstyrelsens arbetsgrupp . 78
7.2 Folktandvårdsutredningen . . . 79

Kapitel 8 *Distriktstandvårdens administrativa utformning* 84
8.1 Nuvarande förhållanden . . . 84
8.1.1 Gällande bestämmelser . . 84
8.1.2 Distriktens antal och storlek 84
8.1.3 Antalet distriktstandläkartjänster och vakanser . . 85
8.2 Kritiska synpunkter 89
8.3 Utredningens förslag 90
8.3.1 Upphävande av vissa bestämmelser 90
8.3.2 Organisatoriska åtgärder . 92
8.3.3 Ekonomiska aspekter på folktandvården och privattandvården 94

Kapitel 9 *Speciella åtgärder för glesbygderna* 96
9.1 Nuvarande förhållanden . . . 96
9.2 Frågan om provinsialtandläkare 97
Folktandvårdsutredningen . . 98
9.3 Särskilda åtgärder 99
Folktandvårdsutredningen . . 100

Kapitel 10 *Tandläkarnas efterutbildning och vidareutbildning* 102
10.1 Efterutbildning 102
10.2 Vidareutbildning till småbarnstandläkare 102
10.3 Vidareutbildning till högre tjänst 103
10.4 Handledning av nyexaminerade tandläkare 106

Kapitel 11 *Hjälpkrafterna* 108
11.1 Arbetsfördelningen mellan tandläkarna och deras hjälpkrafter . 108
11.1.1 Gävleborgsundersökningen 108
11.1.2 Folktandvårdsutredningens synpunkter 110
11.2 Behovet av hjälpkrafter och deras utbildning 113
11.2.1 Totala behovet 113
11.2.2 Tandsköterskor 113
11.2.3 Tandhygienister 115
11.2.4 Tandtekniker 117

Kapitel 12 *Samordning, ledning och tillsyn* 120
12.1 Samordning mellan folktandvården och sjukvården 120
12.2 Folktandvårdens ledning och tillsyn 123
12.2.1 Samordning mellan distriktstandvården och andra grenar av folktandvården 124
12.2.2 Samordningen inom distriktstandvården . . . 124
12.2.3 Kan distriktstandvårdens ledning decentraliseras? . 127

Kapitel 13 *Särskilda frågor* 128
13.1 Utländska tandläkare i folktandvården 128
Folktandvårdsutredningen . . 131
13.2 Studenttandvården 132
Folktandvårdsutredningen . . 133

Kapitel 14 *Allmänna synpunkter på folktandvårdens rättsliga reglering* . . 134

14.1 Några utgångspunkter . . . 134
14.2 Barn- och ungdomstandvården . 135
14.3 Militärtandvården 137
14.4 Den avgiftsbelagda tandvården . 137
14.5 Författningsregleringen i övrigt . 138

Kapitel 15 *Specialmotivering till författningsförslagen* 140
15.1 Förslaget till lag om folktandvård 140
15.2 Förslaget till folktandvårdskungörelse 144
15.3 Övriga författningsförslag . . . 148

Kapitel 16 *Sammanfattning av utredningens förslag* 149

Bilaga 1 Prognoser rörande tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan t.o.m. 1980 154
1. Tandläkarkårens totala arbetstid år 1967 154
2. Medeltal patienter per tandläkare och klientelets fördelning på vårdtyper . 155
3. Tidsåtgång för olika vårdtyper 156
4. Tandläkarkårens utveckling t.o.m. 1980 157
5. Prognos över tillgänglig årsarbetstid för patientvårdande verksamhet och dennas fördelning 157
6. Prognostiserad efterfrågan på tandvård 1967—1980 . 162

Bilaga 2 Sammandrag av uppgifter angående folktandvården på de militära förläggningsorterna . 166

Bilaga 3 Sammanställning av genomsnittskostnader för den taxebelagda vården inom distriktstandvården för räkenskapsåret 1967, uträknade per tjänstgöringstimme för tandläkare . 168

Bilaga 4 Förslag till normalavtal angående folktandvårdens övertagande av militärtandvården . 169

Bilaga 5 Den danska tandvårdsförsäkringen (sammandrag) . . . 172

Bilaga 6 PM med vissa synpunkter på folktandvårdstaxan m.m. . 174

Bilaga 7 Rekryteringsbefrämjande åtgärder inom den norska folktandvården 180

Författningsförslag

Förslag till
Lag om folktandvård

Härigenom förordnas som följer.

Inledande bestämmelser

1 §

Denna lag innehåller bestämmelser om den tandvårdsverksamhet som landstingskommun bedriver (folktandvård).

Vad som sägs om landstingskommun gäller också kommun som ej tillhör landstingskommun.

Skyldighet att ombesörja tandvård m. m.

2 §

Landstingskommun skall se till att regelbunden tandvård erbjudes alla barn och ungdomar, som är bosatta inom landstingskommunen, till och med det år då de fyller nitton år. Dessa barn och ungdomar skall också beredas den vård för akuta tandbesvär som de behöver. Sistnämnda tandvård skall ges med förtur.

Närmare bestämmelser om innehållet i den tandvård, som skall ges enligt första stycket, meddelas av socialstyrelsen.

Tandvården enligt denna paragraf skall vara avgiftsfri för patienten.

I fråga om dem, som får vård enligt särskilda bestämmelser om militärtandvård, begränsas dock landstingskommunens vårdskyldighet enligt denna paragraf i motsvarande mån.

3 §

Om landstingskommun icke kan erbjuda vårdberättigad tandvård enligt 2 § men denne själv skaffar sig vården, skall landstingskommunen ge honom skälig ersättning för vårdkostnaden. Närmare bestämmelser om förutsättningarna härför meddelas av Konungen.

4 §

Landstingskommun skall ombesörja tandvård för dem som är bosatta inom landstingskommunen och för andra som vistas där och behöver vård för akuta tandbesvär, allt i den mån icke vården beredes enligt 2 § eller ock annan drager försorg om vården.

För tandvård som avses i första stycket får landstingskommunen taga ut avgift av patienten enligt regler som Konungen fastställer. Konungen kan dock överlåta åt landstingskommunen att bestämma avgift för specialvård.

5 §

Vård enligt 4 § för akuta tandbesvär skall ges med förtur. Detsamma gäller tandvård enligt 4 § åt blivande mödrar samt åt mödrar inom tvåhundrasjuttio dagar efter förlossningsdagen, i den mån socialstyrelsen icke medger annat.

Tillsyn

6 §

Högsta tillsynen över folktandvården utövas av socialstyrelsen.

Förvaltningsorganet

7 §

Ledningen av folktandvården skall inom varje landstingskommun utövas av sjukvårdsstyrelse som avses i 9 § sjukvårdslagen (1962: 242).

Landstingskommun kan dock utse särskilt förvaltningsorgan för ledningen av folktandvården. I fråga om sådant förvaltningsorgan gäller vad som i denna lag föreskrives om sjukvårdsstyrelse. Vidare äger bestämmelserna om sjukvårdsstyrelse i 9 § 1 och 2 mom. sjukvårdslagen motsvarande tillämpning.

8 §

Sjukvårdsstyrelse har att med uppmärksamhet följa tandvårdens behov och utveckling samt att för landstinget eller kommunfullmäktige lägga fram de förslag rörande folktandvården som finnes påkallade. Styrelsen skall verka för största möjliga planmässighet i folktandvården.

Om rätt för vissa tjänstemän att deltaga i sammanträde med sjukvårdsstyrelsen föreskrives i 12 §.

Vissa bestämmelser om organisationen m. m.

9 §

För folktandvårdens ombesörjande skall landstingskommun vara indelad i tandvårdsdistrikt, om socialstyrelsen icke medger annat.

I varje distrikt skall finnas minst en fast distriktstandpoliklinik. Sådan poliklinik föreståes av en distriktstandläkare.

I anslutning till minst ett av landstingskommunens lasarett skall finnas centraltandpoliklinik. Sådan poliklinik förestås av en övertandläkare.

Närmare bestämmelser om tandpolikliniker meddelas av Konungen.

10 §

Landstingskommun skall upprätta plan över folktandvården i landstingskommunen. Planen skall utvisa förekommande tandvårdsdistrikt, tandpoliklinikernas art, antal och organisation samt antalet tandläkartjänster.

Planen skall underställas socialstyrelsen för fastställelse. Detsamma gäller ändring av fastställd plan.

11 §

Närmast under sjukvårdsstyrelsen utövas ledningen av folktandvården av en tandläkare som tandvårdschef.

Landstingskommun kan dock besluta att ledningen av centraltandpoliklinik skall närmast under sjukvårdsstyrelsen utövas av den övertandläkare som förestår polikliniken.

Efter sjukvårdsstyrelsens bestämmande får tjänsteman, som har att biträda tandvårdschefen, självständigt fullgöra vissa på denne ankommande uppgifter.

12 §

Till sammanträde med sjukvårdsstyrelsen, vid vilket ärende angående folktandvården är avsett att förekomma, skall tandvårdschefen kallas med rätt att deltaga i överläggningen i ärendet men ej i beslutet samt att få sin mening antecknad till protokollet.

Vad som sägs i första stycket äger motsvarande tillämpning för sådan övertandläkare som närmast under sjukvårdsstyrelsen utövar ledningen av centraltandpoliklinik.

Bestämmelserna i första stycket äger i fråga om övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, motsvarande tillämpning på sammanträde med lasarettsdirektion, vid vilket ärende angående centraltandpolikliniken är avsett att förekomma.

13 §

I varje landstingskommun skall finnas ett samrådsorgan som består av en representant för varje där förekommande specialtandvårdsgren. Ledamot av detta organ skall kallas för samråd, innan tandvårdschefen tager ställning till fråga, som berör ledamotens specialvårdgren eller är av allmänt intresse för folktandvården och som skall behandlas av sjukvårdsstyrelsen. Ledamot äger påkalla att vad han uttalar vid sådant samråd skall protokollföras och genom protokollet framföras till sjukvårdsstyrelsen.

Representant för specialvårdgren är övertandläkaren inom vårdgrenen. Finnes flera sådana övertandläkare bestämmer sjukvårdsstyrelsen vem av dem som skall representera vårdgrenen. Före sitt beslut skall styrelsen bereda övertandläkarna inom vårdgrenen tillfälle att yttra sig i frågan.

14 §

Om särskilda skäl föreligger kan Konungen medge att landstingskommun utformar sin organisation på annat sätt än som föreskrives i 11 §. Ges sådant medgivande kan Ko-

nungen också tillåta eller föreskriva den avvikelse i övrigt från de organisatoriska bestämmelserna i denna lag som föranledes därav.

15 §

Utöver vad som framgår av det föregående anställes tandläkare och annan personal som behöves för att god tandvård skall kunna ges.

16 §

Övertandläkare som förestår centraltandpoliklinik utnämnes av Konungen.
Tjänst som annan tandläkare tillsättes av sjukvårdsstyrelsen.

17 §

Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, socialstyrelsen kan meddela bestämmelser om behörighet till tjänst inom folktandvården och om förfarandet vid tillsättning av sådan tjänst.

18 §

Har socialstyrelsen vidtagit åtgärd för att ställa tandläkare under åtal för fel eller försummelse i tjänsten och är felet eller försummelsen av sådan beskaffenhet, att det för tandvårdens behöriga uppehållande är nödvändigt att försätta tandläkaren ur tjänstgöring, kan socialstyrelsen med omedelbar verkan avstänga honom från utövning av tjänsten, dock icke längre än till dess lagakraftägande dom eller beslut föreligger.

Särskilda bestämmelser

19 §

Talan mot sjukvårdsstyrelses beslut, varigenom tjänst som tandvårdschef eller annan tandläkare tillsatts, får föras genom besvär hos socialstyrelsen. Besvären skall ha kommit in till socialstyrelsen inom tre veckor från den dag, då verkställd justering av det över beslutet förda protokollet tillkännagivits på landstingskommunens anslagstavla. Vid prövning av besvären får också sakkunnigförslag, som kan ha avgetts, komma under bedömande.

Mot landstingskommuns beslut om ersättning enligt 3 § får talan föras genom besvär hos socialstyrelsen. Över styrelsens beslut får besvär anföras hos Konungen. Besvär skall inges till den myndighet som skall pröva besvären. Talan vid allmän domstol får icke föras i fråga om ersättning som nu avses.

20 §

Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, socialstyrelsen meddelar närmare bestämmelser för tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1971.

1. Bestämmelserna i 2 och 3 §§ skall dock tills vidare icke gälla barn till och med det år, då de fyller fem år, och ungdomar från och med det år, då de fyller sjutton år. Konungen förordnar när detta undantag skall upphöra att gälla. Sådant förordnande kan begränsas till viss eller vissa av dessa åldersklasser eller på annat liknande sätt.

2. Socialstyrelsen kan föreskriva, att tandvård enligt 2 § icke behöver omfatta vård av mjölktänder och specialtandvård. Sådan föreskrift gäller tills annat följer av förordnande, som Konungen meddelar enligt 1, eller socialstyrelsen upphäver föreskriften. Innan socialstyrelsen meddelar beslut, som nu avses, skall styrelsen samråda med berörda huvudmän. Socialstyrelsen skall eftersträva att föreskrifterna i möjlig mån har samma innehåll för alla huvudmän.

3. Den som vid denna lags ikraftträdande är anställd som tandvårdsinspektör, som avses i kungörelsen (1961: 278) angående statsbidrag till folktandvård, skall anses som tandvårdschef enligt denna lag, så länge anställningsförhållandet är oförändrat.

4. Socialstyrelsen föreskriver när plan som avses i 10 § senast skall vara ingiven till styrelsen. Socialstyrelsen kan dock medge att hittills gällande folktandvårdsplan får gälla tills vidare.

Förslag till
folktandvårdskungörelse

Härigenom förordnas som följer.

Inledande bestämmelser

1 §

Denna kungörelse innehåller tillämpningsbestämmelser m. m. till lagen (197. .) om folktandvård.

Vad som sägs i kungörelsen om landstingskommun gäller också kommun som ej tillhör landstingskommun.

Bestämmelserna i kungörelsen om sjukvårdsstyrelse gäller också särskilt förvaltningsorgan som utsetts att utöva ledningen av folktandvården.

Inspektion av folktandvården

2 §

Socialstyrelsen skall med lämpliga mellantider och då särskild anledning förekommer låta inspektera landstingskommuns folktandvård.

Förvaltningsorganet

3 §

Sjukvårdsstyrelse skall

1) avge utlåtande och förslag om åtgärd på tandvårdens område som landstinget eller kommunfullmäktige har att besluta om,

2) till landstinget eller kommunfullmäktige avge förslag till folktandvårdsplan, som avses i 10 § lagen om folktandvård,

3) föreslå behövliga utvidgningar och ändringar av tandpoliklinikerna samt, i den mån landstinget eller kommunfullmäktige ej bestämt annat, ombesörja beslutade ny-, till- och ombyggnadsarbeten, som ej är av den ringa omfattning att de kan hänföras till ordinarie underhåll,

4) årligen till socialstyrelsen avge berättelse över folktandvårdens tillstånd och utveckling under närmast föregående kalenderår, innefattande också uppgifter om antalet patienter av olika kategorier som behandlats,

5) i övrigt fullgöra vad som i fråga om folktandvården författningsenligt eller enligt landstingets eller kommunfullmäktiges beslut ankommer på sjukvårdsstyrelse.

Årsberättelse enligt första stycket 4) skall avges före den 1 maj. Den skall vara upprättad enligt föreskrifter som meddelas av socialstyrelsen.

Tandpolikliniker

4 §

Inom distriktstandvården kan, förutom distriktstandpolikliniker, inrättas anstaltstandpolikliniker, annextandpolikliniker och polikliniker för ambulatorisk tandvård.

5 §

Centraltandpoliklinik är avsedd för

1) mera komplicerade fall som remitterats dit av tandläkare eller läkare,

2) lasarettets patienter,

3) tandvård i övrigt.

6 §

Särskilda polikliniker kan inrättas för odontologiska specialvårdgrenar.

Föreståndare för sådan poliklinik är övertandläkare inom vårdgrenen eller under honom annan tandläkare.

Behörighet till vissa tjänster

7 §

Behörig till tjänst som tandvårdschef eller som sådan tandvårdschefen biträdande tandläkare, som avses i 11 § tredje stycket lagen om folktandvård, är den som är legitimerad tandläkare.

8 §

Behörig till tjänst som övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, är den som är legitimerad tandläkare samt förvärvat särskild utbildning i tandkirurgi och käkprotetik med käkskadebehandling enligt bestämmelser som socialstyrelsen meddelar. Sådan övertandläkare bör dessutom ha erfarenhet av barntandvård.

9 §

Behörig till tjänst som annan övertandläkare än som avses i 8 § är den som är legitimerad tandläkare samt förvärvat särskild utbildning inom vederbörande specialvårdgren enligt bestämmelser som socialstyrelsen meddelar.

10 §

Behörig till tjänst som annan tandläkare inom folktandvården än som avses i 7—9 §§ är den som är legitimerad tandläkare.

Även den som jämlikt 10 § lagen (1963: 251) om behörighet att utöva tandläkaryrket erhållit begränsad behörighet att utöva tandläkaryrket är, i den utsträckning som framgår av beslutet härom, behörig till tjänst som avses i första stycket.

11 §

Socialstyrelsen meddelar bestämmelser om vilken utbildning som skall krävas för fast anställning inom folktandvården som tandtekniker och som tandsköterska.

Tillsättning av vissa tjänster m. m.

12 §

Då tjänst som tandvårdschef skall tillsättas skall sjukvårdsstyrelsen kungöra tjänsten till ansökan ledig.

I den mån behöriga sökande anmält sig skall sakkunniga, som sägs i fjärde stycket, på förslag uppföra de tre med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena i den ordning de anses böra komma i fråga till tjänsten.

Sedan förslag upprättats skall sjukvårdsstyrelsen till tandvårdschef utse en av de sökande som uppförts på förslag.

Sakkunniga utses av socialstyrelsen till ett antal av tre för hela riket för en tid av högst fyra år. För envar av dem skall styrelsen utse en suppleant.

13 §

Då tjänst som övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, skall tillsättas skall sjukvårdsstyrelsen kungöra tjänsten till ansökan ledig. Därvid skall anges att ansökningshandlingarna skall inges till socialstyrelsen.

I den mån behöriga sökande anmält sig skall socialstyrelsen på förslag uppföra de fyra med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena i den ordning de anses böra komma i fråga till tjänsten. Kan sökande inom det område som tjänsten avser åberopa framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring på sjukhus, grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete, skall särskild hänsyn tagas därtill.

Förslaget skall jämte ansökningshandlingarna översändas till sjukvårdsstyrelsen, som har att avge förord för någon av dem som uppförts på förslaget. Sjukvårdsstyrelsen skall höra direktionen för lasarettet innan styrelsen fattar sitt beslut. Sjukvårdsstyrelsen skall hos socialstyrelsen anmäla sitt beslut i förordsfrågan med bifogande av protokoll i ärendet. Socialstyrelsen översänder därefter med eget yttrande handlingarna till Kungl. Maj:t.

Övertandläkare som avses i denna paragraf skall tillträda tjänsten vid ingången av andra månaden efter den, under vilken han utnämnts, om annat ej överenskommes med sjukvårdsstyrelsen.

14 §

Då tjänst som annan övertandläkare än som avses i 13 § skall tillsättas skall sjukvårdsstyrelsen kungöra tjänsten till ansökan ledig.

I den mån behöriga sökande anmält sig skall tre sakkunniga, som utses av socialstyrelsen, på förslag uppföra de tre med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena i den ordning de anses böra komma i fråga till tjänsten. Kan sökande inom det område som tjänsten avser åberopa framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring på poliklinik för specialvårdgrenen, grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete, skall särskild hänsyn tagas därtill.

Sedan förslag upprättats skall sjukvårdsstyrelsen till tjänsten utse en av de sökande som uppförts på förslag.

Sakkunniga, som avses i denna paragraf, kan av socialstyrelsen utses till det antal och för den tid som styrelsen bestämmer. Styrelsen kan även utse suppleant för sakkunnig.

15 §

Tjänst som annan tandläkare än som avses i 12—14 §§ tillsättes med förordnande tills vidare eller, om det föreligger särskilda skäl, för viss tid.

Skall tjänsten tillsättas med förordnande tills vidare skall sjukvårdsstyrelsen kungöra tjänsten till ansökan ledig. Detsamma gäller annan tjänst, om ej socialstyrelsen föreskriver annorlunda.

16 §

Innan sjukvårdsstyrelsen tillsätter tandläkartjänst skall yttrande inhämtas av

1) övertandläkare som tjänsten sorterar under samt

2) tandvårdschefen om tjänsten sorterar under honom.

17 §

Behövliga åtgärder för återbesättande av ledigbliven tjänst som tandvårdschef eller som övertandläkare skall vidtagas utan dröjsmål.

Då genom sjukvårdsstyrelsens försorg anställts tandläkare inom folktandvården, skall beslutet anmälas till socialstyrelsen.

18 §

Kungörelse om ledig tjänst skall införas i allmänna tidningarna eller, om Kungl. Maj:t medgett det, i annan publikation. I kungörelsen skall föreläggas tre veckors ansökningstid, räknat från dagen för kungörandet, samt i korthet anges anställningsvillkoren.

Åligganden för vissa tjänstemän

19 §

I tandvårdschefens åligganden ingår bl. a. att

1) följa tandvårdens utveckling såväl i allmänhet som i synnerhet inom landstingskommunen med särskilt aktgivande på förhållandena inom distriktstandvården,

2) årligen vid tid som sjukvårdsstyrelsen bestämmer till styrelsen avge berättelse rörande den verksamhet under närmast föregående kalenderår som sorterar under honom.

20 §

Övertandläkare som förestår centraltandpoliklinik skall

1) ansvara för vårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande vid polikliniken,

2) meddela patienter som tagits in på lasarettet den tandvård, som han efter samråd med vederbörande läkare finner påkallad av medicinska skäl,

3) hålla poliklinisk mottagning för mera komplicerade fall, som remitteras till centraltandpolikliniken av tandläkare eller läkare, samt i den mån tiden medger det meddela folktandvård i övrigt,

4) tillse att de journaler m. m. föres som socialstyrelsen föreskriver eller eljest behöves samt

5) årligen vid tid som sjukvårdsstyrelsen bestämmer till styrelsen avge berättelse över verksamheten vid centraltandpolikliniken under närmast föregående kalenderår.

21 §

Föreståndare för tandpoliklinik skall

1) ansvara för vårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande vid polikliniken,

2) leda och övervaka tjänstemännens arbete samt lämna de anvisningar och råd som behöves samt

3) till sin närmaste chef överlämna rapport över verksamheten vid polikliniken, dels — dock ej i fråga om poliklinik för specialtandvård — före den 10 i varje månad avseende närmast föregående månad, dels årligen vid tid som sjukvårdsstyrelsen bestämmer.

22 §

Distriktstandläkare skall

1) med den förläggning av arbetstiden som sjukvårdsstyrelsen eller, efter dess bemyndigande, tandvårdschefen bestämmer meddela tandvård i enlighet med vad som föreskrives i lagen om folktandvård eller med stöd därav,

2) enligt anvisningar av socialstyrelsen på lämpligt sätt ge råd och upplysningar rörande tändernas vård samt inskärpa vikten av regelbunden tandvård och omsorgsfull munhygien,

3) tillse att de journaler m. m. föres som socialstyrelsen föreskriver eller eljest behöves samt

4) enligt formulär, som socialstyrelsen fastställer, upprätta och till poliklinikföreståndaren vid tid som denne bestämmer överlämna månads- och årsrapporter angående sin verksamhet vid polikliniken.

23 §

Annan tandläkare inom folktandvården skall i tillämpliga delar iakttaga vad som föreskrives i 22 § för distriktstandläkare.

24 §

Tandläkare inom folktandvården är skyldig att på kallelse infinna sig till sammanträde med sjukvårdsstyrelsen.

Vissa bestämmelser om tjänstledighet och vikarie för tandläkare

25 §

Tjänstledighet som överstiger sex månader i följd för övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, beviljas av socialstyrelsen.

26 §

Uppstår vakans på tjänst som övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, skall socialstyrelsen på begäran av sjukvårdsstyrelsen förordna vikarie i avvaktan på att tjänsten återbesättes. I de fall socialstyrelsen beviljar tjänstledighet enligt 25 § skall socialstyrelsen förordna vikarie på tjänsten.

Kan i andra fall än som avses i första stycket till vikarie för tandläkare ej erhållas någon, som uppfyller något av behörighetsvillkoren enligt 10 § eller som efter socialstyrelsens bemyndigande får förordnas som vikarie, skall anmälan därom göras till socialstyrelsen, som förordnar lämplig vikarie.

27 §

Innan socialstyrelsen beviljar ledighet för övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, eller förordnar vikarie på tjänsten enligt 26 § första stycket, skall direktionen för lasarettet ha fått tillfälle att yttra sig.

Särskilda bestämmelser

28 §

För rätt till sådan ersättning, som avses i 3 § lagen om folktandvård, förutsättes att den ersättningskrävande, innan han själv skaffat sig tandvården, erhållit meddelande från landstingskommunen, att denna för det år det gäller icke kan erbjuda honom tandvård enligt 2 § nämnda lag.

Meddelande som avses i första stycket bör i förekommande fall, utan särskild begäran, snarast tillställas dem det gäller. Meddelandet skall innehålla underrättelse om den ersättningsrätt som avses i första stycket.

29 §

Socialstyrelsen meddelar de närmare bestämmelser som behöves för tillämpningen av lagen om folktandvård och denna kungörelse.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1971, då instruktionen (1961: 279) för tandläkare inom folktandvården skall upphöra att gälla.

De nya bestämmelserna om behörighet till tjänst skall tillämpas endast när ledigförklaring skett efter den 1 juli 1971.

Socialstyrelsen kan dock övergångsvis förordna att äldre bestämmelser om behörighet till tjänst skall, i den utsträckning som anges i beslutet, tillämpas även senare.

Förslag till

kungörelse om statsbidrag till folktandvård

Härigenom förordnas som följer.

Inledande bestämmelse

1 §

För tandvård som avses i lagen (197..) om folktandvård utgår statsbidrag till huvudmannen enligt bestämmelserna i denna kungörelse.

Statsbidrag till folktandvård inom landstingskommun

2 §

Statsbidrag utgår till utrustning av varje distriktstandpoliklinik, som ingår i folktandvårdsplanen, med tretusen kronor och, om mer än en tandläkare skall vara anställd där, med ettusentrehundra kronor för varje ytterligare sådan tandläkare.

Statsbidrag utgår vidare till utrustning av varje annextandpoliklinik och varje ambulatorisk tandpoliklinik, som ingår i folktandvårdsplanen, med ettusen kronor.

3 §

För varje patient som enligt 2 § lagen om folktandvård fått regelbunden tandvård eller åtnjutit ersättning enligt 3 § samma lag utgår driftbidrag med sexton kronor för varje år behandling meddelats eller ersättning utgått.

Driftbidrag enligt första stycket skall även utgå om patienten tillhör en ålderskategori som enligt övergångsbestämmelserna till lagen om folktandvård ännu icke omfattas av 2 § lagen. Avgift för vården får i sådant fall ej uttagas av patienten.

4 §

Ansökan om statsbidrag prövas av socialstyrelsen.

Avser ansökningen bidrag till utrustning av tandpoliklinik skall bifogas

1) uppgift om antalet tandläkare som skall anställas vid polikliniken,

2) av huvudmannen avgiven förbindelse dels att icke utan socialstyrelsens medgivande nedlägga polikliniken eller använda den till annat än det avsedda ändamålet, dels att, om detta icke fullgöres, betala tillbaka erhållet statsbidrag eller så stor del därav, som socialstyrelsen bestämmer.

5 §

Om beslut om statsbidrag skall sökanden och länsstyrelsen underrättas.

Om statsbidrag beviljas och ändring sedermera sker i de förhållanden, som avsetts då bidraget beviljades, skall anmälan därom göras hos socialstyrelsen.

6 §

Bidrag till utrustning av tandpoliklinik utbetalas av socialstyrelsen, sedan polikliniken blivit avsynad och godkänd av länsläkaren.

7 §

Driftbidrag utbetalas av länsstyrelsen. Rekvisition av sådant bidrag skall avse de barn och ungdomar, vilkas behandling avslutats under det närmast föregående kalenderåret och berättigar till bidrag enligt 3 § eller som nämnda år fått ersättning enligt 3 § lagen om folktandvård. Rekvisitionen skall i enlighet med formulär som fastställes av socialstyrelsen upprättas i ett sammanhang för samtliga tandpolikliniker inom landstingskommunen. Rekvisitionen skall ha kommit in till länsstyrelsen senast den 15 februari året efter det, för vilket bidrag sökes.

Har rekvisition kommit länsstyrelsen till handa senare än som sägs i första stycket får länsstyrelsen likväl taga upp den till granskning, när skäl föreligger till det. Finner länsstyrelsen att detta ej bör ske, skall frågan underställas Kungl. Maj:t.

Finner länsstyrelsen vid sin granskning något förhållande som bör komma till tillsynsmyndighetens kännedom skall länsstyrelsen anmäla förhållandet till socialstyrelsen.

8 §

Länsstyrelsen skall under juli månad som förskott på driftbidraget för löpande kalenderår utan särskild rekvisition till sjukvårdsstyrelsen betala ut tio tolftedelar av det belopp, som godkänts till utbetalning för närmast föregående kalenderår. Förskottet skall avräknas vid slutlig utbetalning av driftbidrag för kalenderår, under vilket förskottet betalas ut.

Statsbidrag till folktandvård i kommun som ej tillhör landstingskommun

9 §

Kommun som ej tillhör landstingskommun får driftbidrag till organiserad barn- och ungdomstandvård enligt samma regler som gäller för landstingskommun, dock att bidraget utgår med åtta i stället för sexton kronor.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1971, då kungörelsen (1961: 278) angående statsbidrag till folktandvård skall upphöra att gälla.

Statsbidrag som beviljats enligt tidigare kungörelser om statsbidrag till folktandvård skall anses som beviljat enligt denna kungörelse.

Förslag till

förordning om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården

Härigenom förordnas som följer.

1 §

För varje patient, som erhåller regelbunden tandvård enligt 2 § lagen om folktandvård eller åtnjutit ersättning enligt 3 § samma lag, skall den kommun, i vilken patienten är kyrkobokförd, för samma år till huvudmannen erlägga ett bidrag till kostnaderna med fem kronor.

Detsamma gäller för patient, som erhåller regelbunden tandvård men tillhör en ålderskategori som enligt övergångsbestämmelserna till lagen om folktandvård ännu icke omfattas av 2 § lagen.

2 §

Även på annat sätt än som sägs i 1 § får kommun bidraga till bestridande av kostnader för folktandvård åt dem, som är kyrkobokförda i kommunen.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 1971, då förordningen (1950: 606) om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården skall upphöra att gälla.

1 Direktiven för utredningen. Arbetets uppläggning

1.1 *Direktiven*

I uttalande till statsrådsprotokollet den 16 december 1966 har statsrådet Aspling i anledning av 1961 års sjukförsäkringsutrednings betänkande angående allmän tandvårdsförsäkring (SOU 1965: 4) anfört bl. a. följande.

Sjukförsäkringsutredningen som i ett avsnitt av betänkandet går in på frågan om folktandvårdens framtida ställning framhåller, att enbart siffror över behandlade patienter inte ger någon fullständig bild av folktandvårdens insatser och betydelse. Utredningen pekar på att den avgiftsbelagda vården lämnats till lågt pris, att tandpolikliniker inrättats i avlägsna bygder och på mindre orter, där vårdmöjligheter annars skulle ha saknats eller varit otillräckliga, samt att folktandvården numera svarar för större delen av specialisttandvården i landet. Vidare framhålls, att folktandvården har betydelsefulla uppgifter i fråga om såväl specialistutbildning som allmän klinisk vidareutbildning samt att folktandvården gör insatser även inom den förebyggande tandvården.

En allmän tandvårdsförsäkring kommer enligt sjukförsäkringsutredningens mening inte att minska behovet och betydelsen av folktandvården. Utredningen anser att den nuvarande organiserade barntandvården utan tvekan är den bästa lösningen av barntandvårdsfrågorna och att folktandvården därför bör förstärkas så att den snarast möjligt kan ta hand om alla barn. Vidare anses en utbyggnad av vuxentandvården påkallad bl. a. ur valmöjlighets- och priskonkurrenssynpunkt.

Emellertid innebär en tandvårdsförsäkring, framhåller sjukförsäkringsutredningen, vissa risker bl. a. för folktandvården. Man måste räkna med att efterfrågan på tandvård kommer att öka, om en försäkring införs, och åtminstone under en övergångstid överstiga tillgängliga vårdresurser. Detta kan enligt utredningen tänkas leda till en inte motiverad arvodeshöjning hos de privatpraktiserande tandläkarna. En sådan utveckling medför inte bara, att den avlastning av de försäkrades kostnader som avsetts uteblir, utan måste också befaras öka folktandvårdens rekryteringssvårigheter.

Det är därför enligt sjukförsäkringsutredningens mening synnerligen angeläget att snarast och med stor omsorg pröva möjligheterna att öka de totala vårdresurserna inom folktandvården samt att se till att dessa kommer till bästa möjliga användning. Den profylaktiska verksamhetens stora betydelse för tandvårdsbehovet understryks. Utredningen pekar på behovet av ett tillräckligt antal väl utbildade hjälpkrafter. En organiserad vidareutbildning av tandvårdspersonal anses värdefull ur såväl effektivitets- som rekryteringssynpunkt. Frågan om arbetsorganisationen inom folktandvården kan rationaliseras ytterligare anses böra uppmärksammas. Det anses vidare böra övervägas om inte bestämmelserna om arbetstidens fördelning mellan tandvården för barn och för vuxna kan uppmjukas. Slutligen finner utredningen det nödvändigt att rekryteringspolitiken överses och att kraftfulla rekryteringsbefrämjande åtgärder vidtas.

Sjukförsäkringsutredningens synpunkter i fråga om folktandvårdens betydelse samt önskvärda vidareutveckling och ställning i framtiden har fått stöd av den helt övervägande delen av remissinstanserna. Vad särskilt beträffar den nuvarande organiserade barntandvården råder nästan fullständig enighet om att den är den bästa lösningen av barntandvårdsfrågorna även för framtiden. De av utredningen påpekade riskerna med en tandvårdsförsäkring har

emellertid oroat åtskilliga remissinstanser. Särskilt folktandvårdens huvudmän har uttryckt bekymmer för folktandvårdens rekryteringssituation. I ett remissyttrande förordas att risken för omotiverade arvodeshöjningar möts genom taxebindning av privattandvården. Från flera håll har framförts att en mera genomgripande utredning av folktandvårdens framtida utformning bör ske, innan en allmän tandvårdsförsäkring införs. Några remissinstanser önskar en särskild undersökning av folktandvårdens rekryteringsproblem.

Enligt min mening är det angeläget att man kan förbättra möjligheterna för den enskilde att erhålla en god tandvård till överkomliga kostnader. Remissbehandlingen av sjukförsäkringsutredningens förslag visar emellertid att ytterligare utredning behöver göras, innan man tar slutlig ställning till en allmän tandvårdsförsäkring. En sådan försäkring blir meningsfull endast om den skapar en allmän förbättring av medborgarnas möjligheter till tandvård. Den får därför inte äventyra de framsteg som folktandvården medfört, inte minst när det gäller tandvården för barn och ungdom. Vissa grundläggande spörsmål i fråga om folktandvården m. m. behöver därför penetreras ytterligare. Sakkunniga bör tillkallas för att utreda dessa frågor.

Som jag inledningsvis framhållit finns det inte någon skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla tandvård. Den nuvarande författningsregleringen av folktandvården är uppbyggd som villkor för statsbidrag. Oavsett hur en tandvårdsförsäkring kan komma att bli konstruerad är det nödvändigt att en motsvarighet till den samhälleliga sektorn inom läkarvården finns även på tandvårdssidan. Vårdskyldigheten bör i båda fallen vara fastslagen i lag.

En lagstadgad, effektiv folktandvårdsorganisation utgör enligt min mening den nödvändiga grundvalen för en tandvårdsförsäkring. Som ett förstahandsmål bör gälla att den kostnadsfria, organiserade barntandvården får sådan omfattning att den räcker till för samtliga barn i åldrarna upp till 17 år. En tandvårdsförsäkring skall alltså inte behöva omfatta dessa grupper.

Vuxentandvården inom folktandvården bör vara avgiftsbelagd och taxebunden. Inom vuxentandvården är det särskilt angeläget att tandvårdsmöjligheterna i glesbygderna säkerställs. Specialistvården bör även byggas ut. På något längre sikt bör eftersträvas att folktandvården kan svara för en större andel av den samlade vuxentandvården än hittills. Den taxa som kommer att gälla för folktandvården bör på så sätt kunna bli vägledande för arvodessättningen inom tandvården i dess helhet.

Mot bakgrunden av den angivna målsättningen bör de sakkunniga förutsättningslöst behandla och lägga fram förslag rörande folktandvårdens verksamhet och organisation.

De sakkunniga bör överväga, vad som anförts av 1961 års sjukförsäkringsutredning och framförts under remissbehandlingen av förslaget till allmän tandvårdsförsäkring. Flera remissinstanser har berört tjänsternas och organisationens utformning ur rekryteringssynpunkt. Det har anförts att distriktstandläkare måhända kan beredas anställningsvillkor som liknar dem som nu gäller för provinsialläkare. Från tandläkarhåll har framförts att det, även om folktandvården liksom hittills i princip bör stå öppen för alla, synes ofrånkomligt att ungdomar får förtursrätt till behandling för att samhället inte skall behöva se sina tidigare nedlagda kostnader utgivna förgäves. Bl. a. dessa frågor bör prövas av utredningen. Vad rekryteringsproblemen beträffar bör beaktas att dessa i stor utsträckning innefattar avtalsfrågor.

De sakkunniga bör överväga i vad mån man kan stimulera utländska tandläkare att söka sig till och stanna kvar inom folktandvården.

Vid utredningen bör prövas i vad mån folktandvården kan anknytas närmare till organisationen för öppen och sluten sjukvård.

De sakkunniga bör inte behandla statsbidragsfrågor.

Enligt sjukförsäkringsutredningens förslag skall ersättningstaxan inom tandvårdsförsäkringen ha karaktär av återbäringstaxa och de privatpraktiserande tandläkarna skall alltså inte vara bundna av taxans arvodesbelopp. Från åtskilliga håll har under remissbehandlingen uttalats farhågor för att tandvårdsförsäkringen leder till omotiverade arvodeshöjningar inom privattandvården. Härigenom skulle försäkringens reella värde för de försäkrade minska. Svårigheterna för folktandvården att anställa och behålla tandläkare skulle vidare kunna bli större. Med hänsyn till nu anförda omständigheter bör de sakkunniga undersöka olika vägar att motverka en sådan befarad utveckling av arvodena och föreslå lämpliga åtgärder.

Sedan försvarets tandvårdsberedning i ett år 1966 avgivet betänkande (SOU 1966: 58) framlagt förslag rörande bl. a. den militära fredstandvårdens samordning med folktandvården och betänkandet varit föremål för remissbehandling, har Kungl. Maj:t, som funnit att den militära fredstandvården på sikt bör inordnas i folktandvården, i skrivelse den 10 november 1967 uppdragit åt folktandvårdsutredningen

att närmare överväga följderna för folktandvården av att sjukvårdshuvudmännen övertar tandvården för värnpliktig personal och att lägga fram erforderliga förslag i ämnet.

Härjämte har Kungl. Maj:t genom remiss den 26 januari 1968 till folktandvårdsutredningen, för att tagas i beaktande vid fullgörande av dess uppdrag, överlämnat ett av socialstyrelsen år 1962 framlagt förslag rörande tandvård åt personer som intagits på ungdomsvårdsskolor samt vissa nykterhetsvårdsanstalter.

Slutligen har till utredningen överlämnats vissa särskilda framställningar rörande specialisttandvården för att likaledes övervägas i samband med uppdraget.

1.2 *Arbetets uppläggning*

Vid fullgörande av ovan angivna uppdrag har utredningen funnit det naturligt att först behandla de problem, som sammanhänger med barn- och ungdomstandvårdens utbyggande samt den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården. Härtill ansluter sig som en logisk fortsättning de spörsmål, som avser vuxentandvårdens utbyggande och dess samordning med en allmän tandvårdsförsäkring. Nära förbundna med dessa frågor är de åtgärder, som är ägnade att underlätta rekryterings- och anställningsförhållandena inom distriktstandvården samt befrämja denna vårds rationella bedrivande. Hithörande frågeställningar har därför sammanförts till ett särskilt betänkande.

Beträffande tandvård åt personer som omhändertagits för sluten vård eller undervisning under längre tid har utredningen funnit, att någon mer omfattande inventering av denna vård i dess helhet ej företagits sedan mitten av 1940-talet (redovisad i betänkandet om folktandvården SOU 1948: 53). Utredningen har därför ansett det vara angeläget att i större omfattning än förenämnda remiss anger belysa frågans nuvarande läge, främst med hänsyn till tandvårdsbehovet för sådana fall som har svårighet att tillgodogöra sig tandvårdsresurserna å de vanliga distriktstandvårdspoliklinikerna. Utredningsarbetet, som i denna del ännu icke kunnat slutföras, kommer att redovisas då den i frågan utsända enkäten hunnit bearbetas.

Vad slutligen angår specialisttandvården har utredningen erfarit att socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet hos Kungl. Maj:t hemställt om uppdrag att gemensamt utreda behovet av specialister inom olika områden och av åtgärder för anordnande av en effektiv specialistutbildning för tandläkare. I samband härmed borde bl. a. prövas huruvida en nordisk samordning av utbildnings- och behörighetsbestämmelserna kunde åstadkommas i allmänhet. Med hänsyn till det samband som en dylik utredning skulle få med folktandvårdsutredningens uppdrag inom denna sektor, har utredningen ansett sig böra avvakta Kungl. Maj:ts beslut i ämnet, innan hithörande spörsmål upptages till närmare behandling. Därest en utredning angående specialisttandvården av det mera vittsyftande slag som här avses kommer till stånd, synes denna lämpligen böra omfatta specialisttandvården i dess helhet.

2 Folktandvårdens utveckling

2.1 *Kortfattad historik*

På grundval av ett av *1937 års folktandvårdssakkunniga* avgivet betänkande i ämnet (SOU 1937:47) beslöt statsmakterna år 1938 att bevilja statsbidrag för anordnande genom landstingens och storstädernas försorg av allmän tandvård i riket, benämnd folktandvård. Bidrag skulle utgå för såväl utrustning av landstingens distriktstandpolikliniker som avlöning till tandläkare vid dylika polikliniker. Bidrag till städerna utanför landstingen begränsades till 4 kronor per systematiskt behandlat barn.

Beslutet syftade i första hand till ordnandet av barnens (upp t. o. m. 15 års ålder) tandvård och i andra hand ungdomars och vuxnas tandvård. Det beräknades då att 925 tandläkare skulle behövas i folktandvårdsorganisationen. Att dessa — var och en med ca 900 timmars årlig tjänstgöring i tandvård för vuxna — skulle kunna medhinna tandvården för någon väsentlig del av befolkningen över 15 års ålder var givetvis icke möjligt och ej heller avsett. Principen att folktandvården skulle stå öppen för alla fastslogs emellertid redan vid beslutets fattande och har alltsedan dess gällt. Möjligen har detta förhållande i förening med benämningen folktandvård medverkat till att bibringa föreställningen att folktandvårdsorganisationen var avsedd att lösa hela folkets tandvårdsfråga, vilket alltså ej var fallet.

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.

Vid folktandvårdsorganisationens tillkomst förelåg inom landstingen och de landstingsfria städerna ett starkt intresse för att ordna folktandvården. Erforderliga lokala utredningar igångsattes och organisationen började snabbt byggas upp. Redan från början förelåg dock en otillräcklig rekrytering av tandläkare, främst beroende på att utbildningsmöjligheterna inte svarade mot det starkt ökade behov av tandläkare, som folktandvården medförde. Denna brist förvärrades ytterligare genom att man i stället för ett sjunkande barnantal, som man 1937 räknade med, fick ett under 1940-talet kraftigt stigande barnantal. 1937 års sakkunniga räknade vidare med att en tandläkare på 1 000 timmar årligen skulle medhinna 800 barn, motsvarande en genomsnittlig årlig behandlingstid per barn av 1¼ timmar. I själva verket uppgick den genomsnittliga årliga behandlingstiden per barn år 1940 till 1,8 timmar.

På grundval av ett av *medicinalstyrelsen* framlagt förslag, som av Kungl. Maj:t un-

derställdes 1943 års riksdag, anvisades fr. o. m. budgetåret 1943/44 särskilda medel till stipendier år blivande distriktstandläkare. Dessa utgick från början med 1 000 kronor per år men höjdes år 1948 till 2 000 kronor och år 1961 till 2 500 kronor.

Bristfälligheter i folktandvårdens organisation och den otillfredsställande rekryteringen av arbetskraft — i synnerhet tandläkare — till folktandvården utgjorde främsta orsaken till att Kungl. Maj:t år 1946 tillkallade nya sakkunniga för att verkställa översyn av folktandvårdsorganisationen. Dessa sakkunniga, *1946 års folktandvårdssakkunniga,* avgav den 3 december 1948 betänkande med förslag angående folktandvårdens organisation m. m. (SOU 1948:53).

I avsikt att främja rekryteringen av tandläkare till folktandvården och förbättra befordringsmöjligheterna föreslog de sakkunniga en ytterligare differentiering av tjänsterna. Sålunda föreslogs inrättande av vissa biträdande tjänster vid centraltandpoliklinikerna samt tjänster som förste distriktstandläkare vid distriktstandpolikliniker med fyra eller flera tandläkare. Beträffande tjänster för tandsköterskor och tandtekniker ansåg de sakkunniga att en differentiering av dessa tjänster i enlighet med vad som faktiskt tillämpades enligt gällande tjänstgöringsreglemente för landstingens befattningshavare borde författningsenligt fastslås.

En annan rekryteringsbefrämjande åtgärd var förslaget om inrättande av avkortade heltidstjänster med en årlig arbetstid av 1 300 timmar. Dessa skulle företrädesvis ägnas barn- och ungdomstandvården och tjänstgöringen avsågs i huvudsak förlagd till skolterminerna. Dessutom föreslogs möjlighet att i begränsad omfattning inrätta arvodestjänster, öppna för privatpraktiserande tandläkare och avsedda för tillfälliga behov inom barn- och ungdomstandvården samt för mödrahjälps- och anstaltstandvården.

De sakkunniga föreslog vidare å ena sidan en utvidgning av skoltandvården till att omfatta barn i 6-årsåldern jämte en intensifiering av förskoletandvården samt å andra sidan en utökning av den organiserade tandvården att gälla även för ungdom till och med 19 år. Genom sistnämnda förslag skulle en del av vuxentandvården överföras till barn- och ungdomstandvården. De sakkunniga föreslog därför, att normalt minst 60 procent och högst 70 procent av sammanlagda behandlingstiden inom folktandvården skulle ägnas barn- och ungdomstandvård.

Statsbidraget till landstingen föreslogs utgå efter förändrade grunder. Därvid föreslogs bl. a. att driftbidraget — i stället för att anknytas till antalet tjänster inom distriktstandvården — skulle utgå med ett årligt belopp av 16 kronor för varje i systematisk tandvård mot årsavgift deltagande barn och ungdom, vars behandling avslutats under redovisningsåret. Vidare föreslogs att såväl driftbidrag som utrustningsbidrag skulle utgå efter samma grunder för landsting och städer utanför landsting.

I Kungl. Maj:ts proposition nr 84 till 1950 års riksdag uttalade föredragande departementschefen att han icke ansåg sig kunna biträda förslaget angående avkortade heltidstjänster för tandläkare, främst med hänsyn till risken att de oavkortade heltidstjänsterna skulle bli svårare att besätta och att reformen sålunda på lång sikt skulle relativt sett minska antalet arbetstimmar inom folktandvården. Däremot anslöt han sig till de sakkunnigas förslag att medicinalstyrelsen skulle äga medgiva, att för vissa särskilda uppgifter inom folktandvården inrättades tim- och arvodestjänster. Departementschefen ansåg sig vidare ej kunna biträda förslagen att utsträcka den taxefria barntandvården till att omfatta åldrarna 16—19 år samt att väsentligt utöka den för barntandvården anslagna tiden på bekostnad av vuxentandvården.

De sakkunnigas förslag till ändring i statsbidragsgrunderna biträddes i princip av departementschefen, som dock föreslog att statsbidrag per behandlat barn skulle utgå till landsting med 9 kronor och till städer utanför landsting med oförändrat 4 kronor. I anslutning till väckta motioner beslöt

dock riksdagen att driftbidrag skulle utgå till landstingskommun med 16 kronor och till städer utanför landsting med 8 kronor per behandlat barn. I övrigt biträdde riksdagen Kungl. Maj:ts förslag.

År 1951 tillkallade statsrådet och chefen för ecklesiastikdepartementet särskilda sakkunniga för utredning rörande ökad utbildning av tandläkare och därmed sammanhängande frågor. Dessa sakkunniga, *1951 års tandläkarkommitté,* avgav den 30 november 1953 betänkande, vari föreslogs, 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 betänkandet framlade Kungl. Maj:t (prop. nr 138) till 1955 års riksdag förslag om ökad intagning av elever för tandläkarutbildning. Umeåkliniken fick därvid större omfattning än vad de sakkunnigas majoritet förordat, medan frågan om inrättande av en tandläkarhögskola i Göteborg ställdes på framtiden. Den årliga intagningen av tandläkarstuderande maximerades till 240. Förslaget biträddes av riksdagen. Fr. o. m. höstterminen 1963 ökades utbildningskapaciteten i Umeå från tidigare 40 platser till 60, varför den sammanlagda utbildningskapaciteten därmed uppgick till 260 platser.

Genom beslut av 1964 års riksdag förlades tandläkarutbildning även till Göteborg, där utbildningen startade vårterminen 1967 med ett intag av 100 elever per år. 1968 års riksdag beslöt om ökning av denna kapacitet till 120 platser fr. o. m. höstterminen 1968, varför den totala utbildningskapaciteten fr. o. m. denna termin utgör 380 platser.

På uppdrag av Kungl. Maj:t har universitetskanslersämbetet låtit utreda frågan om en utbyggnad av den odontologiska utbildningen i Stockholm och därvid bl. a. föreslagit *att* den odontologiska fakulteten i Stockholm omlokaliseras till det nya sjukhuset i Huddinge, *att* utbildningskapaciteten ökas från nuvarande 100 platser till 120 och *att* fakultetens nuvarande lokaler under en övergångstid behålls för en dubblering av utbildningen med ytterligare 80 platser. Intag av studerande avsedda för utbildningen i Huddinge beräknas första gången ske från och med höstterminen 1971. Om ämbetets förslag i dessa avseenden förverkligas kommer den samlade utbildningskapaciteten att från och med höstterminen 1971 uppgå till 400 platser, vartill under en övergångstid kommer ytterligare 80 platser.

Statsrådet och chefen för inrikesdepartementet tillkallade år 1957 nya sakkunniga med uppgift att verkställa utredning rörande folktandvårdens organisation. Direktiven avsåg bl. a. åtgärder att stimulera rekryteringen (deltidstjänster), utökning av tandvården för ungdom i åldern 16—19 år (förtursrätt, annan fördelning av arbetstiden), rationalisering och decentralisering av administrationen, översyn av statsbidragsbestämmelserna samt organisationen av tandregleringsvården.

1957 års folktandvårdssakkunniga avgav i december 1959 betänkande i ämnet (SOU 1960:1), innefattande i huvudsak följande förslag.

I avsikt att stimulera rekryteringen av tandläkare till folktandvården föreslogs sålunda, att de i gällande författning intagna arbetstidsbestämmelserna skulle upphävas och arbetstidens längd liksom övriga anställningsvillkor i stället utgöra en förhandlingsfråga mellan huvudmännen och tandläkarorganisationerna. Härigenom skulle yppas viss möjlighet att i ökad omfattning inom folktandvården utnyttja tandläkare, som vore villiga att ställa sig till förfogande enbart för deltidstjänstgöring. Grundsatsen att tandläkartjänst inom folktandvården icke finge förenas med annan verksamhet såsom tandläkare borde dock enligt de sakkunnigas mening alltjämt i princip upprätthållas. Vid tjänster, avseende uteslutande barn- och ungdomstandvård, borde på vederbörande huvudman bero, huruvida dylik tjänst må förenas med annan tjänst inom offentlig tandvård eller med privatprak-

tik.

De sakkunniga föreslog vidare en uppmjukning i fråga om möjligheterna att differentiera tandläkartjänsterna, innebärande bl. a. att förste distriktstandläkartjänst skulle kunna inrättas även vid vissa polikliniker med mindre än fyra anställda tandläkare. Under erinran om att utländska tandläkare sedan år 1942 tjänstgjort inom distriktstandvården och utgjort ett värdefullt komplement till de svenska tandläkarnas prestationer, förordade de sakkunniga att ytterligare ett antal härför lämpade utländska tandläkare skulle erhålla tillstånd att uppehålla distriktstandläkartjänster. Däremot avvisade de sakkunniga tanken på att inrätta s. k. provinsialtandläkartjänster.

Mot bakgrunden av folktandvårdens otillräckliga resurser och då utsikterna till en ökad rekrytering av tandläkare syntes relativt begränsade, ansåg de sakkunniga sig icke kunna förorda en med generell förtursrätt förenad, organiserad ungdomstandvård. De ansåg det emellertid möjligt att i begränsad omfattning tillgodose önskemål om ökade vårdmöjligheter för ungdom därigenom att den avgiftsfria barntandvården — utan att den i princip för behandling av vuxna avsedda tiden togs i anspråk — utsträcktes till att omfatta jämväl 16-åringarna. Övriga ungdomar avsågs på vissa villkor skola äga åtnjuta nedsättning med minst 25 procent av behandlingskostnaderna enligt folktandvårdstaxan med möjlighet för medicinalstyrelsen att i vissa distrikt medgiva förtursrätt för sådan tandvård.

Den bettortopediska vården (tandregleringsvården) inom folktandvården föreslogs organiserad i huvudsaklig överensstämmelse med ett av medicinalstyrelsen i ämnet avgivet förslag. För tandregleringsvård, som meddelas barn, vilka deltager i organiserad tandvård, förordades en särskild avgift om 25 kronor per barn och kalenderhalvår.

De sakkunniga underströk härjämte angelägenheten av kariesprofylaktisk verksamhet och föreslog att, där så funnes lämpligt, särskilda befattningshavare för ändamålet skulle kunna anställas som biträde åt tandvårdsinspektör, att försöksutbildning av tandhygienister skulle komma till stånd, att ökat statligt stöd skulle utgå till kariesprofylaktiska åtgärder och slutligen att en vetenskaplig forskningsinstitution på området skulle inrättas.

Slutligen föreslogs vissa ändrade grunder för statens bidrag till huvudmännen ävensom en del administrativa rationaliseringsåtgärder.

I statsverkspropositionen till 1961 års riksdag förordade departementschefen de sakkunnigas förslag att frågan om inrättande av deltidstjänster eller avkortning av arbetstiden fortsättningsvis skulle bli en förhandlingsfråga mellan huvudmännen och tandläkarna. I princip skulle dock förbudet mot tandläkares rätt att utöva enskild praktik vid sidan om tjänsten upprätthållas. Villkoren för inrättande av förste distriktstandläkartjänst slopades.

Förslaget att den avgiftsfria barntandvården skulle utsträckas att avse även 16-åringar ansåg sig departementschefen däremot icke kunna tillstyrka. Ändring i detta hänseende har dock sedermera beslutats att gälla från och med den 1 juli 1965.

Till befrämjande av den profylaktiska verksamheten tillstyrktes att huvudmännen fick befogenhet att inrätta tjänster som biträdande tandvårdsinspektörer, varjämte ett till 100 000 kronor förhöjt belopp äskades till upplysningsverksamhet. Departementschefen var däremot ej beredd förorda försöksutbildning av tandhygienister, ej heller att taga ställning till särskilt forskningsinstitut på området.

De sakkunnigas förslag om ändrade statsbidragsgrunder till huvudmännen avvisades under hänvisning till att sakkunniga tillkallats för att verkställa en översyn av statsbidragssystemet på kroppssjukvårdens område. Däremot föreslogs en höjning av stipendierna till blivande distriktstandläkare från 2 000 till 2 500 kronor.

I övrigt godtogs de sakkunnigas förslag. Riksdagen biföll Kungl. Maj:ts förslag, som ligger till grund för gällande bestämmelser i ämnet.

Med hänsyn till de återverkningar, som införandet av en allmän tandvårdsförsäk-

ring måste få för folktandvården och den däri inbyggda organiserade fria barntandvården, har härefter, såsom i direktiven närmare utvecklats, *1961 års sjukförsäkringsutredning* i sitt betänkande om tandvårdsförsäkring (SOU 1965:4) behandlat folktandvårdens situation och framtida uppgifter.

Vidare har Kungl. Maj:t genom beslut den 3 juni 1966 uppdragit åt *skolöverstyrelsen* att utreda förutsättningarna för att öka utbildningskapaciteten i fråga om tandsköterskor. I anslutning härtill uppdrog Kungl. Maj:t därjämte åt skolöverstyrelsen att snarast igångsätta försöksutbildning av tandhygienister, utformad som en påbyggnadskurs för utbildade tandsköterskor. Skolöverstyrelsen skulle dessutom efter vunna erfarenheter av försöksverksamheten, dels överväga frågan huruvida ett behov kan anses föreligga av tandhygienister såsom en särskild yrkeskategori inom tandvårdsorganisationen, dels ock, om sådant behov föreligger, överväga hur utbildningens anknytning till tandsköterskeutbildningen på sikt bör utformas.

Slutligen bör nämnas, att en inom *Svenska landstingsförbundet* tillsatt arbetsgrupp år 1967 redovisat resultatet av en undersökning angående tandhälsovårdens bedrivande inom folktandvårdens huvudmannaområden samt framlagt förslag till åtgärder för effektivisering av verksamheten. Arbetsgruppen föreslog sålunda bl. a. att tandhälsovården skulle anslutas till den allmänna hälso- och sjukvården, att större uppmärksamhet skulle ägnas förebyggande åtgärder för den ur tandhälsosynpunkt sämsta delen av klientelet, att tandhygienister skulle utbildas och knytas till folktandvården samt att tandhygienister eller specialutbildade tandsköterskor skulle knytas till vårdinrättningar av skilda slag.

2.2 *Folktandvårdens nuvarande organisation och reglering*

Grunderna för nuvarande organisation finns angivna i K.K. den 26 maj 1961 (nr 278) angående statsbidrag till folktandvård. Grunderna innebär i huvudsak följande.

2.2.1 Huvudmannaskap

Anordnandet av folktandvård ankommer på landstingen och de tre städer, som icke deltar i landsting. Något åläggande för dessa huvudmän att anordna folktandvård finns inte utan detta är författningsmässigt sett en frivillig angelägenhet. Om folktandvård anordnas enligt de bestämmelser statsmakterna uppställt, erhåller huvudmännen statsbidrag i viss utsträckning. Folktandvården står under tillsyn av socialstyrelsen, som fastställer plan för verksamheten inom varje landstingskommun.

Folktandvård är nu införd i alla huvudmannaområden i landet och för samtliga dessa finns tandvårdsplaner fastställda.

2.2.2 Den lokala organisationen

Ledningen av folktandvården skall inom varje sjukvårdsområde utövas av sjukvårdsstyrelse som avses i 9 § sjukvårdslagen eller annat förvaltningsorgan som huvudmannen bestämmer.

För folktandvårdens ombesörjande skall landstingskommun (stad) vara indelad i tandvårdsdistrikt. I varje distrikt skall finnas minst en fast distriktstandpoliklinik, eventuellt kompletterad med annextandpolikliniker och ambulatoriska polikliniker. Tandpoliklinik må dessutom kunna anordnas å anstalt.

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

Inom folktandvården må dessutom inrättas polikliniker för tandreglering (bettortopedi) eller annan odontologisk specialvård.

2.2.3 Tandvårdspersonalen

Närmast under sjukvårdsstyrelsen utövas ledningen och tillsynen av distriktstandvården inom landstingskommun av en tandvårdsinspektör (tandvårdschef). Där så är påkallat må biträdande tandvårdsinspektör anställas att fullgöra vissa på tandvårdsinspektör ankommande göromål, främst för den profylaktiska verksamheten.

Vid centraltandpoliklinik skall finnas en tjänst som övertandläkare, tillika föreståndare för polikliniken. Vidare må å centraltandpoliklinikerna inrättas tjänster för biträdande övertandläkare och assistenttandläkare.

Vid distriktstandpoliklinik och poliklinik för tandreglering skall en distriktstandläkare respektive en tandläkare vara föreståndare.

Som hjälpkrafter till tandläkarna skall inom folktandvården finnas erforderligt antal tandtekniker och tandsköterskor.

För såväl tandläkare som tandtekniker och tandsköterskor gäller vissa behörighetsvillkor. Tandläkare inom folktandvården är tillika skyldig att ställa sig till efterrättelse en av Kungl. Maj:t utfärdad instruktion ävensom de särskilda föreskrifter som meddelas av Kungl. Maj:t, socialstyrelsen eller vederbörande sjukvårdsstyrelse.

Fast anställd tandläkare må icke utöva enskild praktik; dock må sjukvårdsstyrelsen kunna lämna tandläkare, som enbart sysslar med barn- eller ungdomstandvård, medgivande till dylik praktik.

2.2.4 Folktandvårdens klientel

Principiellt skall folktandvården stå öppen för alla medborgare. En del kategorier äger dock en viss förmånsställning, nämligen

1) barn i åldern 6—16 år samt om möjligt barn i åldern 3—5 år (s. k. organiserad barntandvård,

2) akuta fall och

3) patienter, vilka avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring (havande kvinnor och mödrar).

Organiserad barntandvård anordnas för särskilda enheter såsom årsgrupper, skolklasser eller anstalter. Denna tandvård skall omfatta systematisk behandling, d. v. s. i regel en gång årligen återkommande tandvård av den omfattning socialstyrelsen 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, där ej socialstyrelsen med hänsyn till särskilda omständigheter medgiver annat.

Beträffande ungdom i åldrarna 17—19 år äger socialstyrelsen för visst tandvårdsdistrikt medgiva, att de skall 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.

2.2.5 Kostnaderna för tandvården

Huvudregeln är, att vuxna patienter, som erhåller tandvård, skall 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 äger 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.

För barn- och ungdomstandvården gäller särskilda bestämmelser. Den tandvård, som meddelas inom den organiserade barntandvården, är sålunda helt kostnadsfri för den enskilde. Däremot har den kommun, inom vilken barnet är kyrkoskrivet, att erlägga en årsavgift av fem kronor till vederbörande

huvudman. Kommunen äger icke återkräva avgiften av den enskilde. Ungdom i åldern 17—19 år äger erhålla systematisk behandling mot avgift enligt folktandvårdstaxan med en nedsättning av 25 procent.

2.2.6 Statens bidrag till folktandvården

Staten bidrar *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 utgår med 16 kronor om året för varje barn, som under kalenderåret erhållit systematisk behandling. Bidraget utgår till och med det kalenderår under vilket barnet fyller 16 år.

Städerna utanför landsting erhåller icke utrustningsbidrag och driftbidrag utgår med hälften av vad landstingen erhåller eller 8 kronor för varje behandlat barn.

2.3 *Folktandvårdens numerära omfattning*

Den 31 december 1967 fanns enligt socialstyrelsens statistik över den allmänna hälso- och sjukvården 31 centraltandpolikliniker, 56 polikliniker för tandreglering och 827 distriktstandpolikliniker. Antalet tandläkare inom folktandvården, omräknat till heltid, utgjorde 1 843, varav vid centraltandpolikliniker 110, vid polikliniker för tandreglering 107 och vid distriktstandpolikliniker 1 630. Totala antalet tjänster inom folktandvården, omräknat till heltid, utgjorde 2 424, varav 581 eller 24 % var vakanta.

Under år 1967 — det senaste år, för vilket fullständiga statistiska uppgifter finns tillgängliga — erhöll inom folktandvården ca 872 000 barn fullständig behandling och ca 44 000 barn partiell behandling. Under samma år behandlades ca 227 000 vuxna patienter fullständigt och ca 299 000 partiellt. Folktandvårdens utgifter och inkomster för driften år 1967 balanserade på omkring 241,8 mkr. Det statliga driftbidraget uppgick till ca 12,7 mkr, årsavgifter från kommuner för barntandvård till ca 3,9 mkr, vårdavgifter till ca 45,1 mkr, vissa övriga inkomster till ca 0,4 mkr och sjukvårdshuvudmännens kostnader till ca 179,7 mkr.

Folktandvårdens utveckling under åren 1940—1967 belyses i tab. 1—3.

Tabell 1. Antalet tandläkare i Sverige under tiden 1940—1967 (inklusive utländska tandläkare)

Vid utgången av år	Totalt	Därav inom folktandvården
1940	2 347	53
1945	2 818	328
1950	3 546	680
1955	4 526	1 375
1957	4 812	1 496
1959	5 160	1 597
1961	5 499	1 728
1963	5 871	1 808
1965	6 307	1 736
1967	6 687	1 843

Tabell 2. Antal inrättade folktandvårdspolikliniker 1940—1967

Vid utgången av år	Antal centraltandpolikliniker	Antal polikliniker för tandreglering	Antal distriktstandpolikliniker
1940	1		34
1945	5		198
1950	13		401
1955	19		596
1956	20	6	630
1957	20	13	649
1958	20	21	683
1959	23	24	713
1960	24	28	742
1961	25	32	759
1963	29	38	760
1965	29	45	770
1967	31	56	827

Tabell 3. Antalet inom folktandvården behandlade patienter åren 1940—1967; 1 000-tal

År	Fullst. beh. barn	Partiellt beh. barn	Fullst. beh. vuxna	Partiellt beh. vuxna	Summa behandlade
1940	23	3	9	9	44
1945	162	19	49	78	308
1950	282	66	85	143	576
1951	327	76	93	167	663
1953	437	63	131	232	863
1955	609	60	167	236	1 072
1957	659	64	184	274	1 181
1959	713	54	208	269	1 244
1961	744	51	219	301	1 315
1963	759	49	227	326	1 361
1965	783	42	224	315	1 364
1967	872	44	227	299	1 442

3 Prognoser rörande tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan

3.1 *1961 års sjukförsäkringsutredning*

I sitt betänkande angående tandvårdsförsäkring (SOU 1965:4 kap. 5) har nämnda utredning belyst behovet av tandvård i Sverige och har därvid med ledning av kännedomen om utbredningen av de stora tandsjukdomarna karies och parodontit jämte övriga tandskador konstaterat, att detta behov varierar hos olika grupper av befolkningen. För barn i skolåldrarna, 7—16 år, får sålunda enligt sjukförsäkringsutredningen minst en gång årligen återkommande tandläkarvård anses erforderlig för att tillgodose vårdbehovet. Detsamma gäller även flertalet barn i förskoleåldern, i vart fall barnen i sexårsåldern. Beträffande befolkningen i åldern 17—75 år räknar sjukförsäkringsutredningen med att — bortsett från den förhållandevis stora gruppen protesbärare och ett litet antal personer med sällsynt god tandstatus — årligen eller för en mindre del vartannat år regelbundet återkommande tandläkarvård är erforderlig för att vidmakthålla en tillfredsställande tandstatus. Även för helprotesbärare föreligger ett behov av regelbundna om också inte så ofta återkommande tandläkarbesök. Behovet av tandläkarvård kunde emellertid för denna grupp liksom för de högre åldersgrupperna i motsats till vad fallet är för befolkningen i övrigt betraktas som förhållandevis ringa.

Sjukförsäkringsutredningen redovisade i sitt betänkande (bil. 2) även vissa statistiska undersökningar och beräkningar rörande tandvårdssituationen i landet avseende åren 1962—80. Det antogs därvid, att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring sannolikt skulle komma att öka efterfrågan på tandvård i viss omfattning. Storleken av denna ökning kunde enligt utredningens mening ej bestämt förutsägas, då den var beroende av en rad faktorer, såsom försäkringsförmånernas art och omfattning, den enskildes bedömning av tandvårdens angelägenhetsgrad i förhållande till kostnaden, psykologiska faktorer av skilda slag m. m. Även en stigande levnadsstandard antogs komma att påverka efterfrågan på tandvård. Skulle emellertid några förutsägelser eller antaganden beträffande den väntade efterfrågan på tandvård överhuvudtaget kunna göras, måste vissa för dessa förutsägelser eller antaganden grundläggande fakta rörande utgångsläget vara kända. Sjukförsäkringsutredningen ansåg det sålunda vara av värde att söka såvitt möjligt fastställa den ungefärliga arten och omfattningen av det i Sverige årligen utförda tandvårdsarbetet, hur stor del av befolkningen som erhöll resp. ej erhöll tandvård, ävensom att närmare klarlägga den tillgängliga tandläkararbetskraften och upprätta en prognos över denna arbetskrafts förändringar under den närmaste framtiden. Nu berörda undersökningar kommer att i viss omfattning redovisas i det följande.

3.2 *Folktandvårdsutredningen*

Folktandvårdsutredningen, som i huvudsak delar sjukförsäkringsutredningens synpunkter på det mera regelbundna tandvårdsbehovet för olika åldersgrupper, har från sina utgångspunkter också ansett det angeläget att erhålla en såvitt möjligt säker bedömning av tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan under det närmaste decenniet. Utredningen har därför genom en särskild arbetsgrupp, innefattande såväl odontologiska som statistiska experter, i tillämpliga delar följt upp och kompletterat sjukförsäkringsutredningens undersökningar. De genomförda undersökningarna belyser följande frågor:

1. Tandläkarkårens totala arbetstid år 1967.
2. Medeltal patienter per tandläkare och klientelets fördelning på vårdtyper.
3. Tidsåtgång för olika vårdtyper.
4. Tandläkarkårens utveckling t. o. m. 1980.
5. Prognos över tillgänglig årsarbetstid för patientvårdande verksamhet och dennas fördelning.
6. Prognostiserad efterfrågan på tandvård t. o. m. 1980.

Arbetsgruppens undersökningar redovisas i *bil. 1.* Resultaten härav jämte utredningens synpunkter därpå kan i huvudsak sammanfattas som följer.

1. *Tandläkarnas sammanlagda arbetstid under år 1967* utgjorde 8,88 milj. timmar, varav ca 370 000 timmar åtgick för forskning, undervisning och central administration. Om till resterande arbetstid, 8,51 milj. timmar, läggs ca 50 000 timmar, som presterades av odontologie kandidater vid de dåvarande tandläkarhögskolorna, disponerades sålunda i runt tal 8,56 milj. timmar för patientvårdande verksamhet. Härav ankom på folktandvården omkring 2,8 milj. timmar, som fördelade sig med ungefär 2/3 på barn under 17 år och 1/3 på befolkningen i övrigt. Den på privattandvården belöpande tiden av i runt tal 5,7 milj. timmar torde praktiskt taget helt ha ägnats åt vuxna. Denna undersökning, som icke har full motsvarighet i SOU 1965: 4, överensstämmer i stort sett med en av socialstyrelsen år 1966 verkställd prognos för åren 1967—1980.

2—3. Ser man till tandläkarnas *genomsnittliga årskapacitet,* uttryckt i medeltal behandlade patienter över 16 år, framgår av undersökningen, att detta medeltal utgjorde inom privattandvården ca 700 och inom folktandvården ca 410, varvid är att märka att folktandvårdens tandläkare enligt meddelade föreskrifter kan ägna högst 45 % av sin årsarbetstid åt vuxentandvård. Undersökningen utvisar tillika att en tandläkare inom folktandvården behandlar i medeltal fyra gånger så många akuta fall men endast en sjättedel av det antal revisionsfall som en privattandläkare behandlar. Antalet sporadiska saneringsfall håller sig på ungefär samma nivå inom folktandvården och privattandvården. I jämförelse med föregående undersökning, avseende år 1962, ger den nu verkställda undersökningen vid handen, att antalet revisionsfall per tandläkare inom privattandvården ökat, medan antalet akuta fall minskat — en förändring till det bättre som till väsentlig del torde sammanhänga med den allmänna standardhöjningen.

Av intresse i detta sammanhang är också att beakta tidsåtgången för de olika typfallen. Man synes med ledning av både denna och föregående undersökning kunna beräkna den genomsnittliga behandlingstiden för ett sporadiskt saneringsfall till omkring 3 timmar, för ett revisionsfall till omkring 2 timmar och för ett akutfall till inemot 1 timme.

4—5. Beträffande *tandvårdsresursernas utveckling* har prognoser upprättats rörande såväl tandläkarkårens tillväxt fram t. o. m. 1980 som den för patientvård tillgängliga årsarbetstiden under samma tid. Den förra prognosen, som avser antalet tandläkare under 70 års ålder, utvisar följande resultat (se omstående tabell)

Av tabellen framgår, att antalet tandläkare under 70 års ålder fram t. o. m. 1975 ökar med i genomsnitt 200 per år (netto) för att sedan stiga med i runt tal 300 per år t. o. m. 1980. Det framgår också, att den

År	Totalt	Män	Kvinnor
1967	6 252	4 485	1 767
1970	6 839	4 788	2 051
1971	7 047	4 889	2 158
1972	7 264	4 981	2 283
1973	7 465	5 063	2 402
1975	7 835	5 210	2 625
1980	9 296	5 863	3 433

kvinnliga delen av kåren ökar i väsentligt högre grad än den manliga.

Den för patientvård tillgängliga arbetstiden beräknas under samma tid öka från 8,56 till 12,64 milj. timmar eller med i runt tal 4 milj. timmar. Av den ökade årsarbetstiden har en arbetsinsats motsvarande 100 tandläkare årligen beräknats komma folktandvården till godo fram t. o. m. 1975 och därefter en arbetsinsats motsvarande ca 150 tandläkare. Då folktandvårdens tillväxt under åren 1966—1967 resp. 1967—1968 motsvarade ett nettotillskott av 64 resp. 80 tandläkare per år, kan prognosens beräkningar synas väl höga. I betraktande av den gynnsamma rekryteringssituation, som enligt socialstyrelsens statistik inträtt under senare år och med hänsyn till de förslag i rekryteringsfrämjande syfte som utredningen framlägger i det följande, framstår dock prognosen i denna del som rimlig. Uteslutet är icke att rekryteringen kan bli än gynnsammare beroende på hur den allmänna konjunkturen utvecklar sig, men å andra sidan kan bl. a. införande av en allmän tandvårdsförsäkring komma att verka i motsatt riktning. Osäkerheten härvidlag samt tidigare erfarenheter bjuder enligt utredningens mening att icke räkna med högre årligt arbetstillskott till folktandvården än prognosen innefattar.

Den sammanlagda årliga arbetstidsökningen redovisas närmare i bil. 1, tabell 5, kol. 1.

När det gäller den *framtida fördelningen eller användningen* av de för patientvård tillgängliga tandvårdsresurserna har arbetsgruppen haft att i första hand beakta i direktiven uttalade önskemål om ett bättre tillgodoseende av barn- och ungdomstandvården samt ett inordnande av den militära fredstandvården i folktandvården. Vidare har i direktiven betonats angelägenheten av att tandvårdsmöjligheterna för vuxna i glesbygderna, för vilka folktandvården hittills i allt väsentligt svarat, säkerställs samt framhållits som eftersträvansvärt att folktandvården på något längre sikt kan svara för en större andel av vuxentandvården i dess helhet än f. n. Med hänsyn härtill har arbetsgruppen i sina följande kalkyler utgått från att ett tillgodoseende av barn- och ungdomstandvården jämte militärtandvården i princip icke bör ske på sådant sätt att de vuxnas möjligheter att erhålla folktandvård i hittillsvarande omfattning beskäres.

I betraktande av den grundläggande betydelse som måste tillmätas barn- och ungdomstandvården finner utredningen för sin del denna ståndpunkt godtagbar under en begränsad övergångstid. Härvid bör icke förbises, att i de vuxnas andel hittills ingått ett visst antal arbetstimmar (ca 70 000) för tandvård åt ungdom i åldern 17—19 år. Självfallet måste eftersträvas att den vuxna befolkningens relativa andel av folktandvården, motsvarande ca 1/3 av årsarbetstiden, snarast möjligt återställes.

Med beaktande av nu anförda synpunkter har arbetsgruppen efter samråd med utredningen verkställt vissa beräkningar för att belysa möjligheterna att inom den organiserade tandvårdens ram ombesörja regelbunden tandvård åt i första hand alla barn t. o. m. 16 år, i andra hand ungdomar i åldern 17—19 år samt därefter de värnpliktiga och därmed jämställda. Dessa beräkningar, vilkas grunder närmare redovisas i bilaga 1, ger vid handen att bl. a. på grund av profylaxarbetets gynnsamma effekt kvantitativa resurser synes föreligga att utan intrång på de vuxnas andel av folktandvården under den närmaste 5-årsperioden i princip omhändertaga alla barn upp t. o. m. 16 års ålder. Anslutningen har härvid i praktiken beräknats bli 90 % för skolbarnen, 80 % av 6-åringarna, medan den för förskolebarnen beräknas stiga från

15 % år 1967 till 45 % år 1975 och 75 % år 1980. Sistnämnda anslutningstakt sammanhänger med de särskilda svårigheter, som enligt erfarenheten visat sig vara förenad med tandvård åt småbarn. Önskvärt är att denna utbyggnadstakt kunde ökas.

När det gäller åldrarna 17—19 år vore det mest rationellt, om inordnandet kunde ske successivt på det sättet, att först 17-åringarna, därefter 18-åringarna och sist 19-åringarna erbjöds regelbunden tandvård under loppet av en treårsperiod, förslagsvis med början år 1971. Den härför erforderliga tidsåtgången kan beräknas till ca 170 000 timmar för år 1971, 340 000 timmar för år 1972 och 510 000 timmar för 1973, varvid behandlingstiden uppskattas till i runt tal 2 timmar per individ. Detta innebär, att under åren 1971—1972 praktiskt taget hela nettotillskottet av tandläkarkårens arbetsinsats i patientvård skulle tagas i anspråk för reformen, sedan erforderlig tid avsatts för barntandvårdens utbyggande. Då det icke rimligen kan antagas, att folktandvården kan hinna utbyggas i sådan omfattning, blir det nödvändigt att räkna med en längre övergångstid, sannolikt minst 5 år.

Arbetsgruppen har därför framlagt två alternativa exempel på lösningar av frågan hur ungdomstandvården skulle kunna successivt inordnas i den organiserade tandvården under en femårsperiod, räknat fr. o. m. 1971. Båda alternativen utgår från att den högsta anslutningsprocenten i praktiken kommer att stanna vid 80 % av vederbörande ungdomskullar. Alternativen skiljer sig åt främst därigenom, att det ena alternativet fr. o. m. 1972 erbjuder alla 17-åringar regelbunden vård fram t. o. m. 18 års ålder, varefter en begränsning sker — som dock för den manliga befolkningens del i viss mån utfylls av den militära tandvården — medan enligt det andra alternativet de 17-åringar, som fr. o. m. år 1972 erbjuds regelbunden vård, kan erhålla sådan vård t. o. m. 19 års ålder. Det senare alternativet innebär därjämte, att den för ändamålet erforderliga årsarbetstiden år 1973 väsentligt minskas (med ca 64 000 timmar), vilket har betydelse för frågan om den militära fredstandvårdens inordnande. Enligt verkställda beräkningar synes båda alternativen kunna genomföras utan att de vuxnas möjligheter att erhålla folktandvård i hittillsvarande omfattning trädes för nära. Att märka är dock, att båda alternativen avser riket i dess helhet och alltså icke tar hänsyn till situationen i de olika sjukvårdsområdena. Alternativen belyser därför blott två skilda framgångssätt beträffande inordnandet av ungdomen i den organiserade tandvården.

I tabell 5, kol. 3, har räknats med det senare alternativet såsom varande att föredraga ur rationell vårdsynpunkt. Å andra sidan ter sig det förra alternativet mera rättvist åldersgrupperna emellan. Då möjligheterna inom de olika sjukvårdsområdena att ombesörja ungdomens tandvård kan förutsättas bli mycket varierande under övergångstiden, finner utredningen det böra överlåtas på huvudmännen att själva bestämma ordningen för genomförandet av en sådan reform. Därvid kan givetvis andra alternativ än de nu nämnda av lokala skäl befinnas lämpligare.

De med barn- och ungdomstandvårdens utbyggande sammanhängande frågorna upptar utredningen till närmare behandling i kap. 4.

Möjligheterna att inordna den militära fredstandvården i folktandvården sammanhänger, såsom arbetsgruppen påpekar, självfallet med frågan om och i vad mån värnpliktiga tandläkare skall, liksom hittills, anlitas för värnpliktigas tandvård, en ordning som dock mött allvarlig kritik ur såväl principiella som praktiska synpunkter. Tänker man sig att i stället för de värnpliktiga tandläkarna anlita folktandvårdens tandläkare, skulle detta enligt försvarets tandvårdsberednings beräkningar kräva ca 150 000 tandläkartimmar per år, varvid de värnpliktigas tandvård likväl skulle få vidkännas vissa begränsningar. Det angivna timantalet får därför betraktas som ett minimum, som torde komma att väsentligt överskridas, om den militära tandvården skall lämnas i samma omfattning som

för annan ungdom, vilket synes rimligt. Enligt arbetsgruppens beräkningar kan en sådan ordning icke genomföras utan intrång på de vuxnas andel av folktandvården med mindre än att ett övertagande uppskjuts till dess den manliga ungdomen erhållit full sanering av sina tänder före värnpliktsåldern. Som ett alternativ kan ett tidigare inordnande tänkas ske på så sätt, att folktandvården övertar tandvården i dess befintliga, mera begränsade skick, motsvarande högst 100 000 tandläkartimmar utöver de fast anställda militärtandläkarnas arbetsinsats, och efterhand som ett allt större antal manliga ungdomar fått regelbunden behandling före värnpliktsåldern utvidgar tandvårdens omfattning inom den angivna tidsramen. I tabell 5 har räknats med det senare alternativet (kol. 4). Med den ökade kapacitet som folktandvården enligt utredningen beräknas få synes detta alternativ möjligt att genomföra.

Till denna fråga liksom till övriga spörsmål rörande sjukvårdshuvudmännens övertagande av den militära fredstandvården återkommer utredningen i kap. 5.

6. De redovisade beräkningarna utgår som nämnts från en i stort sett oförändrad ram för tillgodoseende av de vuxnas tandvård. Erfarenheten talar emellertid för att *de vuxnas efterfrågan* på tandvård kommer att växa icke blott med befolkningsökningen utan även med den allmänna standardhöjningen. Vidare måste man räkna med att införande av en allmän tandvårdsförsäkring kommer att påverka de vuxnas efterfrågan i ökande riktning; graden härav är dock svår att på förhand beräkna.

På utredningens uppdrag har därför tre hypoteser för den totala efterfrågeutvecklingen hos de vuxna upprättats. Hypotes I ger därvid uttryck för en sådan vårdefterfrågan som kan beräknas följa med befolknings- och standardökningen utan att några efterfrågestimulerande åtgärder sätts in. Hypotes II bygger på förutsättningen att en allmän tandvårdsförsäkring införs fr. o. m. den 1/1 1972 under det att hypotes III förutsätter en sådan försäkrings införande fr. o. m. den 1/1 1975. För de båda sistnämnda hypoteserna redovisas vardera ett minimalternativ och ett maximialternativ, varvid minimialternativen (hyp. II A och III A) uttrycker en förmodan att vårdefterfrågan under den första tiden efter försäkringens ikraftträdande endast i mindre omfattning kommer att skilja sig från vårdefterfrågan enligt hypotes I. Sedan en tandvårdsförsäkring varit igång några år beräknas emellertid efterfrågeökningen ske snabbare än vad som annars hade varit fallet. I de båda maximialternativen (hyp. II B och III B) antas att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring redan från början kommer att medföra en markant efterfrågeökning. Arbetsgruppen betonar i detta sammanhang, att en bedömning av hur vårdefterfrågan vid införandet av en allmän tandvårdsförsäkring kan komma att gestalta sig är mycket svår att göra i nuvarande läge, då man inte vet hur en försäkring kommer att utformas. Arbetsgruppen har emellertid räknat med att efterfrågan på sikt faller inom ramen för de angivna alternativen.

Hypotesernas utfall redovisas i tabell 6. Jämför man dessa med tabell 5, kol. 7, finner man, att en efterfrågan enligt hypotes I väl täcks av den *totala* årsarbetstid, som beräknas vara tillgänglig för de vuxnas tandvård under 1970-talet, sedan tid avsatts för organiserad tandvård åt barn, ungdom och värnpliktiga. Detsamma gäller efterfrågan enligt minimialternativet av hypotes II, om en allmän tandvårdsförsäkring införs den 1 januari 1972, men däremot icke enligt maximialternativet av samma hypotes. Uppskjutes försäkringen till år 1975 såsom förutsättes enligt hypotes III, täcks de vuxnas efterfrågan av såväl minimi- som maximialternativet.

Det ankommer icke på utredningen att föreslå någon tidpunkt för införande av en allmän tandvårdsförsäkring. Ovan redovisade alternativ avser därför endast att belysa den inverkan, som en sådan försäkring vid skilda tidpunkter kan tänkas få på de vuxnas tandvårdsefterfrågan och på möjligheterna att inom ramen för tillgängliga totala resurser täcka denna efterfrågan samtidigt med tillgodoseende av den organise-

rade tandvården enligt förut antydda riktlinjer. Självklart kan också andra alternativ komma i fråga. Utredningen vill i detta sammanhang särskilt rikta uppmärksamheten på att av arbetsgruppens beräkningar icke framgår, om och i vad mån *folktandvårdens* resurser blir tillräckliga för att täcka såväl den organiserade tandvården som den vuxna befolkningens behov i de delar av landet, där privatpraktiserande tandläkare icke finns eller kan beräknas bli tillgängliga.

4 Barn- och ungdomstandvårdens utbyggande

4.1 *Hittillsvarande utveckling*

De kapacitetsförhållanden som hittills rått inom folktandvården har som bekant lett till att barntandvården, som författningsenligt omfattar barn i åldrarna 3—16 år, i regel fått avsevärt begränsas. Det är ej så länge sedan vården fick avbrytas i 12—13-årsåldern; den började ej sällan först med 7-åringarna. Under första hälften av 1960-talet, då man i allt större utsträckning kunde ombesörja vården upp till den då gällande övre åldersgränsen av 15 år, ansågs situationen så förbättrad, att denna åldersgräns år 1965 höjdes till 16 år. Samtidigt blev det också vanligare att börja den organiserade vården med 6-åringarna, dock endast beträffande deras permanenta bett. Den successivt förbättrade behandlingssituationen har sedermera gjort det möjligt att i viss utsträckning taga upp vård även av mjölktänderna. Detta sker dels genom att mjölktänder behandlas på de barn, vilka kallas första gången som 6-åringar, dels i form av en organiserad småbarnstandvård, vilken då vanligtvis begynner med 3-åringar.

Inför en diskussion om en eventuell utvidgning av gällande åldersgränser kan det finnas anledning att först statistiskt närmare belysa utvecklingen på området genom en redovisning av antalet fullständigt behandlade barn i vissa åldrar under åren 1959—1967. Med ledning av de uppgifter, som inhämtats från de till förutvarande medicinalstyrelsen ingivna årsrapporterna rörande folktandvården, har utredningen låtit verkställa en sådan redovisning avseende de lägre och högre åldrarna. Utvecklingen för hela riket framgår av följande tabell.

Antalet inom folktandvården fullständigt behandlade barn i vissa åldrar åren 1959—1967

Ålder	1959	1963	1966	1967
3—5	6 028	9 623	15 924	22 266
6	34 913	41 670	45 382	49 458
7	77 057	82 473	79 681	76 962
15	47 513	72 251	69 809	73 589
16	—	—	52 170	62 927

För att få en uppfattning om hur stor del av de olika åldersgrupperna, som folktandvården år 1967 hade möjlighet att behandla, har antalet behandlade detta år ställts i relation till hela årsgruppen för 1967. I en del fall har dock årsgruppssiffran måst bygga på uppgifter från folk- och bostadsräkningen den 1 november 1965. En sjukvårdsområdesvis gjord sammanställning härav återfinns på nästföljande sida varvid dock Kalmar läns båda sjukvårdsområden räknats som ett. Av det redovisade materialet framgår bl. a. följande.

Län	Behandlade 1967 i % av årsgrupp den 31 december 1967						
	3—5 år	6 år	7 år	15 år	16 år	7—15 år	6—16 år
A	12,4	70,0	90,0	70,2	39,0	79,0	74,0
B	2,2	15,0	66,0	52,0	37,0	69,0	60,0
C	50,5	76,0	74,0	80,0	96,0	78,0	79,0
D	4,0	54,0	74,0	77,0	76,0	82,0	78,0
E	—	60,0	90,0	89,0	53,0	89,0	82,0
F	2,6	45,0	83,0	79,0	48,0	81,0	74,0
G	0,6	41,0	66,0	55,0	54,0	57,0	55,0
H	4,4	23,0	73,0	76,0	75,0	70,5	66,0
I	4,7	30,0	54,0	50,0	46,0	73,0	66,0
K	—	12,0	76,0	50,0	3,8	73,5	64,0
L	0,7	57,0	78,0	72,0	60,0	82,0	77,0
M	18,6	63,0	75,0	74,0	67,0	74,5	72,0
M-ö	3,0	13,0	88,0	77,0	71,0	82,0	74,0
N	10,2	87,0	90,0	84,0	82,0	92,0	90,0
O	1,1	9,0	52,0	49,0	31,0	65,0	56,0
Gbg	0,1	69,0	76,0	47,0	74,0	74,0	72,5
P	1,1	45,5	82,5	69,0	49,0	78,0	72,0
R	0,2	46,0	60,0	44,5	15,0	53,0	48,0
S	1,3	21,0	69,0	55,5	46,0	71,0	64,0
T	2,7	45,0	78,0	65,0	70,0	80,0	75,0
U	0,7	4,0	75,0	44,0	35,0	73,5	63,0
W	2,0	56,0	70,0	73,0	79,0	75,0	73,0
X	1,6	64,0	73,0	85,0	71,0	89,0	84,0
Y	29,4	74,0	70,0	79,0	87,5	76,5	76,0
Z	7,1	61,0	82,0	79,0	75,0	79,0	76,0
AC	2,3	88,0	76,0	48,0	38,0	71,0	68,5
BD	18,4	57,0	77,0	88,0	91,0	82,5	80,0
Summa	6,5	48,0	76,0	67,5	58,0	76,0	71,0

Antalet behandlade barn i åldern 3—5 år är, frånsett några få län, genomgående ringa men har dock ökat från ca 6 000 år 1959 till ca 22 000 år 1967.

Antalet behandlade 6-åringar har ökat från ca 34 900 år 1959 till ca 49 500 år 1967, varav ökningen mellan 1966 och 1967 utgjorde ca 4 000. Över 70 % av barnen behandlades år 1967 i fyra sjukvårdsområden, 50—70 % i tio sjukvårdsområden. I återstående tretton sjukvårdsområden behandlades alltså mindre än 50 % i denna åldersgrupp. Procenttalet för hela riket var 48,0.

Antalet behandlade 7-åringar var i stort sett detsamma 1959 och 1967, ca 77 000. År 1963 uppgick antalet till ca 82 500 och 1966 till ca 79 700. Dessa högre siffror sammanhänger med förändringar i födelsetalet. Procentuellt varierade antalet behandlade i denna åldersgrupp mellan 90 och 52 % vid en jämförelse mellan de olika sjukvårdsområdena. För riket i sin helhet var kapaciteten 76 %.

Den numerära ökningen av antalet behandlade 15-åringar är mer påtaglig. Ca 47 500 behandlades 1959 och ca 73 600 1967. I elva sjukvårdsområden behandlades år 1967 mellan 75—89 % av denna åldersgrupp. Procenttalet för hela riket var 67,5 år 1967.

Av 16-åringarna behandlades år 1966 ca 52 200 och 1967 ca 62 900, alltså en ökning med drygt 10 000 på ett år. I fyra sjukvårdsområden behandlades år 1967 mer än 80 % av alla 16-åringar och i ytterligare åtta sjukvårdsområden har behandlats minst 70 % av 16-åringarna, vilket får anses vara relativt tillfredsställande med hänsyn till att denna åldersgrupp inlemmades i den organiserade barntandvården så sent som år 1965.

De framlagda siffrorna visar, att folktandvården under den gångna nioårsperioden fått möjligheter att successivt ta sig an ett avsevärt större antal barn än tidiga-

re. Ökningen inom grupperna 6—16 år, som hittills kan sägas representera den organiserade barntandvården i egentlig mening, utgör ca 17 % under åren 1959—1967. Sistnämnda år hade sammanlagt 71 % av barnen i dessa åldersgrupper erhållit fullständig behandling inom folktandvården, frånsett all akut tandvård som lämnats.

I detta sammanhang bör dock följande beaktas. I redovisningen för år 1967 har antalet behandlade barn i varje åldersgrupp ställts i relation till antalet befintliga barn under motsvarande kalenderår. Inom större delen av folktandvården sker emellertid tandvården för 7—16-åringar så, att de kallas till behandling klassvis. Man genomför behandlingen så långt det är möjligt, i gynnsamma fall sålunda t. o. m. 9:e klass. Med denna uppläggning får folktandvården till behandling under ett läsår, därest vården genomförs helt, barn i åldern 7—16 år, d. v. s. barn tillhörande 10 åldersklasser. I praktiken behandlas emellertid regelmässigt endast barn i 9 skolklasser.

Om dessa skolklasser, såsom vanligen sker, i statistiken sätts i relation till 10 åldersklasser barn boende i distriktet i fråga, innebär detta att högst 90 % av sistnämnda barn kan bli redovisade såsom fullständigt behandlade. Statistiken ger på så sätt inte en fullt riktig bild av den verkliga situationen, som alltså är gynnsammare än som kan utläsas av tabellen[1].

Då den totala arbetstiden i organiserad barntandvård varit i stort sett oförändrad under åren 1959—1967 (ca 1 550 000 timmar), torde kapacitetsökningen kunna i huvudsak ses som ett resultat av genomförda rationaliseringsåtgärder och den bedrivna kariesprofylaktiska verksamheten. Av särskild betydelse är härvid, att man lyckats nedbringa den årliga behandlingstiden per barn i snabbare takt än vad man tidigare räknade med. Med hänsyn till vad sålunda anförts och till den förbättrade rekryteringssituation för folktandvården, som inträtt under 1968—1969, bör man kunna räkna med att den organiserade barntandvården i början av 1970-talet skall äga tillräcklig kapacitet för att på ett fullt tillfredsställande sätt tillgodose tandvården för barnen i åldern 6—16 år. Utredningen vill i detta sammanhang erinra om att Stockholms stad och Stockholms läns landsting, som båda år 1967 redovisade en ringa anslutning av 16-åringar till den organiserade folktandvården, numera vidtagit särskilda åtgärder i syfte att öka sin vårdkapacitet genom anlitande t. v. av privatpraktiserande tandläkare i enlighet med en år 1969 med Stockholms tandläkarförening sluten överenskommelse.

4.2 *Vidgad förskoletandvård*

Förskoletandvården är f. n. formellt begränsad till att omfatta 3—5-åringar. Med hänsyn till att vårdbehov i viss utsträckning förekommer även före 3 års ålder har fråga uppkommit att låta den organiserade förskoletandvården i princip omfatta alla barn upp t. o. m. 5 års ålder. I praktiken har så i viss mån redan skett på de platser, där man på barnavårdscentraler startat rådgivning i tandhälsovård, eftersom de första kontakterna med tandläkaren där som regel etableras under patientens första levnadsår. På grund av att barn under 3 år ej omfattas av statsbidragskungörelsen, kan dock föräldrarna bli betalningsskyldiga för förekommande behandling. Tandvårdsbehovet för dessa åldersgrupper har tidigare varit i viss mån omstritt, men efter hand som utvecklingen på tandvårdsområdet fortskridit har den tidiga vården av mjölktänderna eller det s. k. temporära bettet alltmera

[1] Detta belyses av följande. Enligt tidskriften Skolväsendet, aktuellt från skolöverstyrelsen, augusti 1967, beräknades totala antalet elever i grundskolan och folkskolan läsåret 1967/68 till ca 909 000. Läsåret innan beräknades antalet elever till ca 890 000, varför under kalenderåret 1967 antalet barn i det obligatoriska skolväsendet kan beräknas ha uppgått till ca 900 000. Av dessa erhöll 797 900 eller 88,6 % tandvård, alltså en betydligt högre siffra än tabellen utvisar för åldersgrupperna 6—16 år och 7—15 år. Härvid har icke medräknats de elever, som åtnjuter undervisning i s. k. avvecklingsskolor. Av de knappt 12 % som ej erhållit vård i folktandvården har en del erhållit tandvård privat.

uppmärksammats. Därvid har tonvikten lagts på angelägenheten av profylaktiska åtgärder, medan behovet av terapeutiska åtgärder skjutits mer i bakgrunden.

Till belysning av *behovet* av förskoletandvård i allmänhet må framhållas följande.

Ej sällan ställs frågan, varför mjölktänder, som ju skall fällas relativt snart, behöver behandlas. Ett flertal samverkande argument utgör svaret, vars fundamentala innebörd är, att ett patologiskt tillstånd i princip ej skall lämnas obehandlat. Följande punkter har särskilt betonats.

1. Bettet skall vara funktionsdugligt dels med tanke på födans konsistens i svälj-ningsögonblicket, dels för att inte verka hämmande på barnets aptit på grund av termiska, kemiska och mekaniska retningar av kariesskadade tänder under tuggningen.
2. Obehandlade kariesskador kan, ofta i kombination med dålig munhygien, leda till allvarliga lokala eller generella sjukdomstillstånd.
3. Barnet bör slippa tandvärk.
4. Risken för kariesangrepp i det permanenta bettet minskas genom att detta hindras komma i kontakt med kariesangripna mjölktänder.
5. De horisontella och vertikala bettrelationerna upprätthålls genom att plats åt de permanenta tänderna säkerställs.

Ytterligare kan framhållas, att man genom en tidigt insatt regelbunden tandvård också får möjlighet till tidig påverkan i form av profylaktisk upplysning. Man kan ej heller bortse från att den tandhälsovård, som nu alltmer anordnas på bl. a. barnavårdscentraler, samt införandet av allmän hälsoundersökning av 4-åringar, vari också ingår tandundersökning och därmed sammanhängande rådgivning, kommer att som ett delresultat frammana ökad tandvårdsefterfrågan. Tillgodoseendet av denna efterfrågan torde allmänt komma att anses som en folktandvårdsuppgift.

Med hänsyn till de ackumulerade hälsovinster, som ett adekvat utformat tandhälsovårdsprogram för förskolebarn kan väntas ge, får *tandhälsovården* bedömas som en primär uppgift beträffande dessa barn. Ett tidigt insatt och effektivt genomfört kariesprofylaxprogram kan således förväntas minska antalet kariesangrepp men därtill också ge en senare etablering och en långsammare utveckling av de angrepp, som ändå kommer. Initierade bedömare anser att man på goda grunder kan räkna med att vårdbehovet vid en väl organiserad tandhälsovård bland förskolebarn kommer att väsentligt reduceras jämfört med vad som kan förväntas utan profylax. Den senare etableringen av de oundvikliga kariesangreppen måste bl. a. tillmätas stor betydelse för denna patientgrupp så till vida, att flertalet patienter vid det första vårdingreppet hunnit nå en mognadsnivå som möjliggör komplikationsfri tandbehandling. Man har därigenom effektivt bidragit till att minska antalet svårbehandlade barn och därmed behovet av särskilt utbildad personal för dessa barns behandling, vartill utredningen återkommer i det följande. Man har också anledning räkna med effekt på de permanenta tänderna av under tidiga barnaår insatta kariesprofylaktiska åtgärder. Då sker förkalkningen av de permanenta tänderna; en väl avvägd tillförsel av fluor under denna period tillmäts central betydelse.

Som nämnts är erfarenheterna av den kollektiva kariesprofylax, som organiserats företrädesvis bland skolbarn, mycket goda. Däremot har det visat sig avsevärt svårare att — åtminstone i längden — få en lika god effekt i de fall man fått överlåta åt patienterna själva att ansvara för uppfyllandet av givna förhållningsregler. Effekten av munhygienisk upplysningsverksamhet och individuell instruktion har således alltför ofta visat sig försvinna inom ett par år efter det att påverkan upphört. Psykologerna har länge varit medvetna om att flertalet vanor — speciellt de goda — som skall förankras djupt i individen, måste grundläggas mycket tidigt, den så kallade präglingen. En primär uppgift för småbarnstandvården bör därför vara att tidigt söka grundlägga goda munhygieniska vanor. Då härför krävs för-

äldrarnas medverkan, innefattar uppgiften också att hålla sådan kontakt med dessa och lämna dem sådana informationer, att de förmår prägla barnens munhygieniska vanor. Detta innebär i realiteten en stor och delvis svår uppgift, som bör skötas under medverkan av tandläkaren och till en del i tandläkarens behandlingsrum. Man får därigenom också en allmän vänjning till tandläkarmiljön, som kan vara av stort framtida värde.

Jämsides härmed måste man självfallet utnyttja möjligheterna att med den förebyggande verksamheten nå barnen på barnavårdscentraler, barnhem, barndaghem, lekskolor och i andra liknande sammanhang. Det är angeläget att den där bedrivna tandhälsovården kan byggas ut och intensifieras.

Informations- och upplysningsverksamhet i hithörande frågor bedrivs av bl. a. Tandvärnet, tandläkarorganisationerna, landstingsförbundets tandhälsoråd och socialstyrelsen. Önskvärt är att denna verksamhet samordnas, förslagsvis genom socialstyrelsens hälsovårdsupplysningsdelegation (HVUD). En försöksverksamhet har f. ö. redan påbörjats.

Med en väl utbyggd tandhälsovård, som börjar tidigt på barnavårdscentralerna och sedan fortsätter inom folktandvården, torde behovet av *egentlig tandvård* åt förskolebarnen bli förhållandevis ringa. Även om erfarenheterna från barnavårdscentraler hittills är rätt obetydliga, kan man nämligen ej undgå att vid bedömningen av kariesminskningen influeras av framlagda rapporter som utvisar mycket god effekt. Det finns exempel på att 50 % av de 4-åringar, som varit föremål för tandhälsorådgivning inkluderande fluormedikation från tidig ålder, är kariesfria. Mot bakgrunden av dessa resultat och de likaledes goda erfarenheterna från den förebyggande tandvården bland skolbarnen torde det icke vara obefogat att räkna med att, då barnen i framtiden i 2—3-årsåldern kommer att slussas över från barnavårdscentral till tandpoliklinik, det för omkring halvparten — kanske flera — ej föreligger något eller endast ett obetydligt behandlingsbehov.

Förutsättningarna för att av denna grupp barn få lättbehandlade och därigenom tämligen problemfria patienter torde vara mycket goda. Vid de första besöken på tandpoliklinik kan man nöja sig med undersökning och rådgivning. När de första kariesangreppen kommer och behandling behöver sättas in, kan detta ske innan skadorna hunnit bli för stora. Ingreppen blir relativt obetydliga och bör i allmänhet varken för patient eller operatör innebära problem. Även om man måste räkna med att också i denna kategori finna svårbehandlade barn, vars vård bör skötas av tandläkare med särskild utbildning, torde det vara berättigat antaga att större delen av dessa förskolebarn bör kunna få tandvård genom medverkan av inom folktandvården anställda »allmäntandläkare», särskilt om dessa får tillfälle att genomgå en kortare kurs rörande det temporära bettets och växelbettets behandling på sätt nedan förordas.

För den del av förskolebarnen åter, där det redan tidigt föreligger ett klart behandlingsbehov, kommer det med all sannolikhet att finnas en större andel som erbjuder särskilda svårigheter. Härmed avses ej i första hand tekniska svårigheter utan svårigheter betingade av bristande kontakt med patienterna. Orsakerna härtill kan vara mångahanda och de kan vara giltiga för båda de kategorier barn som nämnts ovan. Allmänt torde dock kunna hävdas att i dessa åldrar risken för behandlingssvårigheter ökar ju mera omfattande behandlingen måste bli. Mindre goda erfarenheter från tidigare tandläkar- eller läkarbesök kan härvid spela en roll. Rädslan inför något nytt och okänt kan även taga sådana proportioner och ge sådana patientreaktioner att behandling blir omöjlig. Härtill kommer de i olika avseenden handikappade barnen, som oftast erbjuder särskilda svårigheter.

Enligt utredningens uppfattning är det synnerligen angeläget att skapa förutsättningar för att på ett tillfredsställande sätt ge vård åt nu berörda svårbehandlade patienter, en vård som förutom att bota uppkomna tandskador också skall ha till mål att

åtminstone på sikt få bort barnets motstånd mot behandlingen. För ändamålet erfordras främst tandläkare med särskild utbildning inom detta ämnesområde, i det följande kallade »småbarnstandläkare». Med denna benämning avses ej att begränsa deras verksamhet till enbart förskolebarn utan endast att ge ett samlat uttryck för deras särskilda utbildning.

Frågan om småbarnstandläkares utbildning behandlas närmare i kapitel 10.

Beträffande barntandvårdens *organisation* är följande att beakta.

Enär tillgången på specialister i barntandvård kommer att vara mycket begränsad under lång tid framåt, måste man vid skissering av en organisation för barntandvårdens ändamålsenliga ordnande inom ett ordinärt landstingsområde räkna med att endast ha tillgång till en à två specialister i denna organisation. Dessa bör då ha en central placering inom landstingsområdet, deras verksamhet kommer att omfatta i princip hela barntandvårdsområdet och i huvudsak få karaktären av remisstandvård.

De för vård av förskolebarn och särskilt för de svårbehandlade barnen avsedda småbarnstandläkarna bör vara placerade med viss geografisk spridning inom landstingsområdet för undvikande av alltför långa resor för remissfallen. Det torde vara svårt att så länge erfarenheterna av förskolebarntandvård ännu är obetydliga fastställa det kvantitativa behovet av dessa tjänster. Viktigare är att inrättande av dylika tjänster påbörjas. Sedan får utbyggnaden bestämmas av det behov som kommer att göra sig påmint allteftersom förskolebarntandvården byggs ut.

Enligt vad som framkommit föreligger ett visst motstånd från en del distriktstandläkares sida mot att engagera sig i förskolebarntandvården. Som väsentligaste orsak härtill har angivits att de saknar den särskilda utbildning och erfarenhet som är nödvändig för att rätt ta hand om svårbehandlade barnpatienter. Man har också pekat på att just inom den aktuella sektorn kravet på personlig läggning för denna verksamhet måste sättas särskilt högt. Det är då förståeligt, att den som känner sig sakna denna läggning velat hålla sig utanför detta arbetsområde.

Det bör emellertid ej förbises att många förskolebarn redan nu utan större svårighet behandlas av allmäntandläkare, både inom folktandvården och privattandvården. Svagheten i dagens situation ligger i att det f. n. praktiskt taget saknas remissinstanser i de fall behandlingssituationen kompliceras. Skapas möjligheter att i sådana fall remittera patienten till tandläkare, som är väl förtrogen med de aktuella problemen, bör detta rimligtvis leda till en ökning av distriktstandläkarnas beredvillighet att medverka vid behandling av förskolebarn. Den vård som förekommer i samband med fullständig behandling av dessa patienter skiljer sig visserligen rent tekniskt i viss mån från den vård av 6—16-åringar, som närmast omfattar det permanenta bettet. Dock kan denna skillnad knappast anses så stor att därigenom särskilda svårigheter skulle förväntas uppstå för den enskilde tandläkaren vid en utvidgning av arbetsområdet till att omfatta vård av patienter under 6 års ålder.

Som nämnts har de flesta distriktstandläkare hittills ej haft möjligheter att nämnvärt syssla med denna vård och har därför självfallet föga rutin och erfarenhetsbakgrund därvidlag. Vidare bör beaktas, att de tandläkare, vilka nu är i medelåldern, ej fått en så omfattande utbildning i barntandvård, som den nuvarande grundutbildningen ger. Med hänsyn härtill får det anses som angeläget att vederbörande huvudman före igångsättandet av systematisk förskoletandvård låter presentera de vanligen förekommande speciella vårdproblemen för berörda tandläkare genom en relativt kort introduktionskurs (2—3 veckor), främst avseende det temporära bettets och växelbettets behandling. Denna kurs får ej förväxlas med den mera omfattande utbildning för småbarnstandläkarna, som tidigare berörts.

4.3 *Vidgad ungdomstandvård*

Ungdomens *tandvårdsbehov* har belysts i flera sammanhang.

Den tandstatusundersökning, som 1964 utfördes av tandläkare vid odontologiska fakulteten vid Lunds universitet på uppdrag av försvarets tandvårdsberedning, visade sålunda bl. a. att endast 27 % av de värnpliktiga regelbundet (minst en gång om året) sökt tandläkare efter skoltandvårdens avslutande, medan 50 % sökt tandläkare oregelbundet, 10 % vid tandvärk och 13 % icke någon gång.

I avsikt att belysa i vilken utsträckning ungdomar i åldern 16—20 år skaffar sig regelbunden tandvård har vidare docenten Per-Olof Gerdin i Alingsås undersökt tandvårdsvanorna hos ett antal ungdomar inom dessa åldersgrupper. Undersökningen avsåg också att belysa i vilken utsträckning skillnader föreligger mellan manlig och kvinnlig ungdom, mellan studerande och förvärvsarbetande och mellan ungdom från städer och tätorter och från landsbygd. Vidare efterfrågades om tandvården erhållits i folktandvården eller hos privatpraktiserande tandläkare.

Uppgifterna insamlades genom att samtliga ungdomar, födda åren 1944—48, som under tiden 15.12 1968—15.2 1969 besökt läkare eller tandläkare på vissa orter, intervjuades. De tillfrågade hade till större delen bott i Götaland mellan 16—20 års ålder, en relativt stor del hade bott i Svealand och relativt få hade varit bosatta i Norrland under den aktuella tiden. Undersökningen, som omfattade 612 personer, gav i huvudsak följande resultat.

Av de tillfrågade hade 56,9 % besökt tandläkare en gång varje år eller oftare. Av dessa hade 77,6 % själva sökt vård.

De studerande ungdomarna hade den högsta frekvensen av tandläkarbesöken. 63,6 % av dessa gick sålunda varje år eller oftare. Ytterligare 23,9 % gick vartannat år. Motsvarande siffror för de förvärvsarbetande var 45,6 % resp. 12,3 %. Någon nämnvärd skillnad i besöksfrekvensen mellan män och kvinnor förelåg icke.

Någon större skillnad i frekvensen tandläkarbesök mellan ungdomar bosatta i städer och på landsbygd kunde icke heller påvisas. Med avseende på representationen gör undersökaren dock den reservationen, att frekvenserna främst företräder Götaland och Svealand och endast i liten utsträckning Norrland, där det skulle kunna finnas större skillnader, betingade av långa avstånd till tandläkare för dem som är bosatta på landsbygden.

Beträffande orsakerna till att ungdomar i stor utsträckning endast sporadiskt eller icke alls sökt tandläkare uppgav endast 13 % av gruppen viss orsak, medan resterande 87 % icke redovisade något skäl. Docent Gerdin antog att det verkliga skälet för de sistnämnda antagligen var oföretagsamhet. De ungdomar, som uppgav kostnader som skäl, hade samtliga varit förvärvsarbetande mellan 16—20 års ålder.

Vad slutligen angår vårdens fördelning mellan folktandvård och vård hos privatpraktiker framgick att den regelbundna vården (varje år eller oftare) huvudsakligen lämnats hos privatpraktiker; folktandvårdens andel var endast ca ⅓ av det totala antalet behandlade i regelbunden tandvård. Av totala antalet såväl regelbundet som oregelbundet behandlade var folktandvårdens andel endast ca ¼.

På folktandvårdsutredningens uppdrag har statistiska forskningsgruppen vid Stockholms universitet tagit del av undersökningens resultat och för diskussion av vissa frågeställningar även varit i kontakt med docent Gerdin. Forskningsgruppens synpunkter kan i huvudsak sammanfattas sålunda.

Då undersökningen omfattade de ungdomar, födda åren 1944—48, som besökt de utvalda läkarna och tandläkarna under tiden 15.12 1968—15.2 1969, kunde vissa ungdomar vid frågetillfället ha varit upp till 25 år gamla. I extrema fall kunde detta innebära att vården lämnats ända till 9 år tillbaka i tiden. Enligt Gerdin visade dock undersökningsmaterialet icke någon skillnad mellan dessa ungdomar och dem som var födda exempelvis 1948 och vars ungdomstandvård låg närmare i tiden.

För att erhålla ett statistiskt hållbart resultat borde man ha gjort ett mera omfattande, slumpmässigt utvalt stickprov, repre-

sentativt för landet i dess helhet. I stället hade undersökningen genomförts på ett fåtal, icke slumpmässigt utvalda orter, varvid urvalet bl. a. betingats av tillgången på läkare och tandläkare som förklarade sig villiga att medverka i undersökningen under den aktuella tiden. Metoden att använda läkare och tandläkare som utfrågare finge dessutom anses vara diskutabel. Metoden kunde innebära att man finge två olika sorters populationer, där den som besökt läkare kanske representerade en icke lika tandvårdsmedveten som den, som besökt tandläkare. Det vore vidare icke uteslutet att tandläkare och läkare frågade på olika sätt. En tandläkare kan ha större möjligheter att få noggrannare svar.

Gerdins uppfattning att den egentliga orsaken till utebliven eller sporadisk vård för ungdomar, som ej uppgivit något skäl, skulle vara oföretagsamhet ifrågasätts av forskningsgruppen. Enligt gruppen kunde det i stället vara så att dessa ungdomar i stor utsträckning haft ett skäl men inte velat redovisa detta. Det skulle likaväl kunna bero på rädsla, ovilja eller ekonomi att de ej skaffat sig tandvård.

Av vad sålunda anförts framgår, att Gerdins undersökning icke varit upplagd på ett sådant sätt, att dess resultat kan anses representativa för hela landet och ej heller i övrigt statistiskt hållbara. Det är därför icke möjligt att draga några mera generella slutsatser av densamma. Undersökningen är emellertid förtjänstfull såtillvida att den hittills är den enda, som omfattar både manlig och kvinnlig ungdom, varvid någon nämnvärd skillnad icke befunnits föreligga i fråga om besöksfrekvens hos tandläkare. I viss mån bekräftar den också tidigare undersökningsresultat, främst beträffande förhållandet mellan besöksfrekvensen hos den studerande ungdomen och den förvärvsarbetande. I övrigt synes undersökningen icke kunna tillmätas annat värde än som ett i och för sig lovvärt försök att belysa ungdomens tandvårdsvanor.

Det förekommer att landstingen, då de ej kan ge barnen vård på egna tandpolikliniker, i stället betalar för motsvarande behandling hos privatpraktiserande tandläkare. Om patienterna därvid ej kallas till tandvård utan endast meddelas, att sådan vård kan erhållas samt att var och en har att på eget initiativ beställa tid hos tandläkare, har anslutningen till tandvård märkbart reducerats. Denna erfarenhet får anses stärka antagandet om den bristande motivationen som väsentlig anledning till den låga tandvårdsfrekvensen hos 17—19-åringar.

Å andra sidan råder allmän enighet om att tandvårdsbehovet genom risken för nya kariesangrepp för denna grupp är större än för tidigare åldrar. Enligt 1957 års folktandvårdssakkunniga finns talrika exempel på hur individer med förut praktiskt taget oförstört bett fått detta raserat under 16—19-årsåldern. Tandvårdens åsidosättande under dessa för tandbeståndet viktiga år omintetgör i stor utsträckning vinsterna av den under skolåren lämnade och av det allmänna bekostade tandvården. Med mindre goda tandvårdsvanor i dessa åldrar följer ock ett ökat senare tandvårdsbehov, vilket för den manliga delen av befolkningen kommer till synes vid den första värnpliktstjänstgöringen. En tillkommande omständighet är att de profylaktiska åtgärder, som skolbarnen numera allmänt blir delaktiga av, i viss mån kan misstänkas uppskjuta vårdbehovet till senare ålder. En påtaglig risk kan således föreligga för en jämförelsevis kraftig ökning av kariesaktiviteten under ungdomsåren, så länge de kollektiva förebyggande åtgärderna upphör vid 16 års ålder eller tidigare. Det är givetvis ur samhällelig synpunkt önskvärt både att den tandvård, som meddelats i skolåldern, inte spolieras genom försummelser under ungdomsåren och att vårdbehovet under värnpliktstiden reduceras i möjligaste mån.

På grund av det anförda måste det anses som synnerligen angeläget att finna former för att mera effektivt än hittills *tillgodose ungdomens tandvårdsbehov,* inklusive förebyggande åtgärder, upp till 20 års ålder. Det kan härvid konstateras att den möjlighet till tandvård för ungdomen mot reducerad folktandvårdstaxa som nuvarande för-

fattning medger ej haft någon nämnvärd effekt. Enär vården måste lämnas inom tiden för vuxentandvård, har förekomsten av väntelistor i hög grad kommit att begränsa ungdomstandvårdens omfattning på de flesta håll; endast i undantagsfall har man kunnat kalla dessa patienter till tandvård mera systematiskt inom folktandvården. Som tidigare nämnts visar tillgängligt undersökningsmaterial också på en otillfredsställande total omfattning av ungdomstandvården. För ett effektivt genomförande av ett ungdomstandvårdsprogram torde det därför bli nödvändigt att organisera denna vård på liknande sätt som barntandvården, d. v. s. genom kallelser åldersgruppsvis. Inom ramen för organisationens kapacitet bör självfallet vården under ett uppbyggnadsskede kunna begränsas.

Frågan om sådan vård skall vara kostnadsfri eller belagd med en låg avgift kan givetvis diskuteras men får ej tillmätas avgörande betydelse i detta sammanhang. Utredningen vill för sin del förorda, att vården blir kostnadsfri för den enskilde och att kostnaderna bestrids på enahanda sätt som för grundskolans elever. Utredningen vill härvid hänvisa till att enligt skolöverstyrelsens beräkningar de gymnasiala skolorna (nya gymnasiet, fackskolan, yrkesskolan) fr. o. m. läsåret 1970/71 kommer att tillsammans ta emot ca 90 % av en årskull. Intagningskapaciteten uppskattas sålunda för nya gymnasiet till ca 32 %, för yrkesskolan till ca 37 % och för fackskolan till ca 21 % av en årskull 16-åringar. Utbildningen är i gymnasiet 3-årig och i fack- och yrkesskolorna 2-årig. Under sådana förhållanden kommer vid 1970-talets början det stora flertalet ungdomar i åldrarna 17—19 år att åtnjuta undervisning.

Beträffande gränsdragningen mellan ungdomstandvården och militärtandvården vill utredningen erinra om att statsmakterna år 1954 beslöt sänka inskrivningsåldern från 19 till 18 år och därmed den möjliga åldern för värnpliktstjänstgörings påbörjande för flertalet värnpliktiga med ett år. Övergången till tidigarelagd tjänstgöring skulle ske successivt. Inryckning till första tjänstgöring sker normalt något av de tre åren närmast efter inskrivningen. F. n. utgörs de värnpliktiga till övervägande delen av 20- och 21-åringar. Detta har sin grund i att man inom krigsorganisationen inte har behov av så många värnpliktiga som ryms i 40-talets stora åldersklasser. En förändring av åldersammansättningen till att omfatta ett övervägande antal 19-åringar beräknas inte ske förrän i början av 1980-talet. Vid sådant förhållande anser utredningen att — även om det i och för sig skulle kunna ifrågakomma att begränsa ungdomstandvården att omfatta ungdom t. o. m. 18 års ålder — bärande skäl f. n. saknas att överväga en sådan åtgärd. Med hänsyn till vikten av att den s. k. tandvårdsluckan blir så liten som möjligt är det tvärtom angeläget att den organiserade ungdomstandvården även innefattar 19-åringarna. Utredningen räknar därför i det följande med denna gräns.

4.4 *Utvidgningens genomförande*

1957 års folktandvårdssakkunniga framhöll som sin uppfattning att en barntandvård, omfattande åldrarna 6—16 år, måste betraktas som folktandvårdens grundläggande uppgift. Därnäst i angelägenhetsgrad borde komma tandvård åt ungdom i åldrarna 17—19 år. Denna ungdomstandvård bedömdes av de sakkunniga såsom mer angelägen än den i och för sig betydelsefulla systematiska mjölktandvården.

Sedan dessa synpunkter framfördes, har läget i viss mån förskjutits. Den organiserade barntandvården har numera allmänt utbyggts till att omfatta barn mellan 6—16 år och på allt flera håll har det blivit aktuellt att på ett ur socialodontologisk synpunkt rationellt sätt utnyttja ledigbliven arbetstid inom ramen för den reglerade barntandvården. Samtidigt har den tandhälsovård för förskolebarn, som igångsatts inom flertalet sjukvårdsområden, rönt växande uppskattning bland föräldrar, läkare och tandläkare. Erfarenheten visar, att den kan ge så goda resultat, att det är mycket önskvärt med en snar utbyggnad av denna häl-

sovård. Som en följd härav bör även egentlig tandvård kunna inom folktandvårdens ram erbjudas de småbarn, som visar sig i behov därav, särskilt som ett sådant vårdåtagande kvantitativt sett kan antas bli tämligen begränsat.

Speciella resurser behövs emellertid för sådan vård. Icke minst råder det brist på tandläkare med sådan särskild utbildning, som erfordras för ett tillfredsställande omhändertagande av svårbehandlade barn. Det är angeläget att denna utbildningsfråga löses snarast möjligt men det torde krävas en relativt lång tid, innan tandläkare med dylik utbildning i tillräckligt antal står till förfogande.

Å andra sidan måste beaktas, att det stora flertalet ungdomar efter skoltandvårdens avslutande f. n. icke underkastar sig regelbunden tandvård, med påföljd att senare ett avsevärt ökat tandvårdsbehov uppkommer. För att undvika att resultatet av skoltandvården spolieras samt minska vårdbehovet under värnpliktstiden och vid genomförande av en allmän tandvårdsförsäkring är det enligt utredningens mening av mycket stor vikt att även ungdomstandvården snarast effektiviseras genom en utbyggnad av den organiserade folktandvården. De statistiska undersökningar, som redovisats i kap. 3, synes ge vid handen att förutsättningar för en sådan utbyggnad successivt kan komma till stånd under loppet av de närmaste fem åren för riket i dess helhet utan att de vuxnas möjligheter till distriktstandvård i nuvarande omfattning träds för nära.

Av kända skäl kan emellertid tillgången på tandläkare icke beräknas bli jämnt fördelad över samtliga sjukvårdsområden. Detta gäller såväl »allmäntandläkare» som »småbarnstandläkare». Huvudmännen bör därför lämnas stor rörelsefrihet i fråga om den organiserade folktandvårdens utbyggande. Skulle antingen ungdomstandvården eller småbarnstandvården genom statsmakternas beslut ges prioritet över hela riket, skulle utbyggandet av den ena eller den andra vårdgrenen kunna bli fördröjd i onödan med hänsyn till bristen på för ändamålet tillgängliga tandläkare inom vissa sjukvårdsområden. Utredningen har på grund härav stannat för att icke prioritera någondera av de nu berörda vårdgrenarna. Utredningen vill i stället förorda, att huvudmännen inom ramen för den statsunderstödda organiserade folktandvården erhåller möjlighet att, alltefter tillgången på tandläkare, förslagsvis med början fr. o. m. den 1 juli 1971 successivt bygga ut småbarnstandvården och ungdomstandvården så, att densamma efter hand kommer att i princip omfatta alla medborgare i åldern 0—19 år.

Ett genomförande av utredningens förslag till utvidgning av barn- och ungdomstandvården skulle med oförändrade statsbidragsgrunder innebära ökade driftkostnader för staten med i runt tal följande belopp, nämligen för

budgetåret	kronor
1971/72	700 000
1972/73	2 100 000
1973/74	2 700 000
1974/75	3 700 000
1975/76	4 000 000

Utredningen har härvid räknat med att det statsbidrag, som f. n. med 8 kronor per färdigbehandlat barn utgår till Stockholms stad, fr. o. m. år 1971, då det nya storlandstinget tar över huvudmannaskapet för bl. a. hälso- och sjukvården i nuvarande Stockholms stad och län, i stället kommer att utgå med samma belopp som utbetalas till landstingskommun.

Huvudmännens kostnader kommer under samma förutsättningar att öka från ca 123 mkr. till ca 176 mkr., eller med ca 53 mkr. Av ökningen avser ca 17 mkr. kostnader på grund av ökat vårdomfång inom den f.n. statsbidragsberättigade vården, medan ca 36 mkr. avser kostnader för ungdomstandvården. De verkliga kostnaderna för huvudmännen torde bli än högre, bl.a. på grund av att ovanstående kalkyl baserats på 1968 års beräknade timkostnader för barntandvården.

5 Den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården

5.1 *Direktivens innebörd*

I skrivelse den 10 november 1967 har Kungl. Maj:t, som finner att den militära fredstandvården på sikt bör inordnas i folktandvården, uppdragit åt utredningen att närmare överväga följderna för folktandvården av att sjukvårdshuvudmännen övertar tandvården för värnpliktig personal och att lägga fram erforderliga förslag i ämnet. Härvid bör även målsättningen för denna tandvård, vid behov konkretiserad i ett tandvårdsprogram, övervägas av utredningen. Avvägningen av de tandvårdsresurser som ställs till militärtandvårdens förfogande bör göras från såväl odontologiska som sociala synpunkter. I fråga om formerna för statens ersättning till sjukvårdshuvudmännen för meddelad tandvård bör utredningen undersöka olika alternativ. Ett av alternativen skall bygga på att staten erlägger avgifter enligt taxa.

Dessa direktiv, som meddelats mot bakgrunden av försvarets tandvårdsberednings betänkande och däröver avgivna remissyttranden, har av folktandvårdsutredningen uppfattats så att det icke ankommer på utredningen att ta ställning till frågan *om* den militära fredstandvården bör inordnas i folktandvården. Utredningen kommer i enlighet härmed att begränsa sig till en prövning av frågorna *hur* och *när* en dylik reform ur organisatorisk synpunkt lämpligen kan genomföras.

5.2 *Verksamhetens nuvarande omfattning och organisation*

Enligt av Kungl. Maj:t den 29 juni 1945 utfärdade provisoriska bestämmelser skall de värnpliktiga vid inryckning till första tjänstgöring underkastas särskild tandundersökning. Den värnpliktige hänförs till endera av tandvårdsgrupperna I, II och III. Tandvårdsgrupp I omfattar fall där enbart enkel kirurgisk konserverande vård sanerar och restituerar bettet. Numera hänförs huvuddelen av de värnpliktiga till denna tandvårdsgrupp. Tandvårdsgrupp II avser fall, där fullständig bettrestitution fordrar komplicerade behandlingsåtgärder av protetisk eller annan art och grupp III fall, där enkel kirurgisk-konserverande vård endast kan lämna hjälp för akuta skador.

I första hand skall värnpliktiga tillhörande tandvårdsgrupp I erhålla den sanering och partiella bettrestitution, som kan hindra fortsatt förstörelse samt återställa eller förbättra bettets funktion. Dessa värnpliktiga har även rätt till den återkommande revision som poliklinikföreståndaren anser vara behövlig. Värnpliktiga tillhörande tandvårdsgrupp II och III skall beredas den tandvård som prövas oundgängligen nödvändig utan att intrång görs i den tandvård som i övrigt meddelas vid polikliniken. Särskilda regler gäller för värnpliktiga, som undergår utbildning till officer eller underofficer. Dessa kategorier är berättigade till

sanering och fullständig bettrestitution jämte den återkommande revision av behandlingen som prövas erforderlig. Rätten till fri tandvård under värnpliktstjänstgöringen är alltså villkorlig, fri tandvård i full utsträckning bereds endast den som utbildas till värnpliktig officer eller underofficer (ca 3 000 årligen).

Tjänstemän på löneplan E (kontraktsanställd personal och musikelever) är berättigade till fri tandvård vid militär tandpoliklinik i samma omfattning som värnpliktig som undergår utbildning till officer eller underofficer. För övriga tjänstemän inom krigsmakten är rätten till fri tandvård begränsad till sådana fall där vederbörande läkare prövar tandvården vara av väsentlig betydelse för botande av sjukdom, som står i orsakssammanhang med tändernas tillstånd. Fast anställd flygande och submarin personal genomgår regelbunden kostnadsfri tandundersökning för att man skall upptäcka sådana tandskador som kan äventyra flygsäkerheten m. m. För den tandvård som härigenom aktualiseras gäller emellertid de vanliga bestämmelserna för statstjänstemän.

Tandvården bereds i regel vid militära tandpolikliniker i den utsträckning som personella och materiella resurser medger. Detta innebär i praktiken, att tandvård väsentligen ges åt värnpliktiga i tandvårdsgrupp I och åt tjänstemän på löneplan E. Under repetitionsutbildning hinns av olika skäl endast med akut- och olycksfallstandvård.

Planeringen av arbetet vid de militära tandpoliklinikerna möter svårigheter, enär möjligheterna att åstadkomma en jämn belastning på poliklinikerna är begränsade. Redan det förhållandet att värnpliktsstyrkan varierar under olika årstider vid ett och samma förband försvårar en rationell arbetsplanering. Vårdbehovet ökar vidare starkt i samband med större inryckningar, medan det helt eller delvis bortfaller vid övningsuppehåll och större övningar i fält och ombord. Variationerna gör sig främst gällande vid armén, där huvuddelen av de värnpliktiga rycker in och rycker ut samtidigt. Möjligheter finns att öka resurserna genom att anlita främst värnpliktiga tandläkare, en möjlighet som också utnyttjas. Däremot är möjligheterna att effektivt utnyttja personalen under förekommande vågdalar mera begränsade. Detta innebär risk för undersysselsättning under vissa perioder. Det är således inte ovanligt att poliklinikerna måste stängas i samband med övningsuppehåll.

Ledningen av militärtandvården utövas av försvarets sjukvårdsstyrelse, som är central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården inom krigsmakten. *Försvarsövertandläkaren* är föredragande i sjukvårdsstyrelsen i ärenden som rör tandvården inom krigsmakten. Regionalt leds militärtandvården av militärbefälhavaren. *Militärbefälstandläkaren* handhar ledningen av verksamheten vid samtliga militära tandpolikliniker som är belägna inom militärområdet. Han är föredragande i ärenden som rör militärtandvården. Lokalt leds den militära fredstandvården av *försvarstandläkare*. Försvarstandläkaren lyder under förbandsläkaren och är föredragande inför denne i ärenden som rör tandvården vid förbandet. I gällande personalförteckning för militärtandvården upptas 40 tjänster för försvarstandläkare i Ae 20. Alla tjänster är tillsatta (1/10 1968) och har på ett par undantag när kunnat rekryteras utan större svårighet. Tjänsternas fördelning på förband framgår av *bilaga 2*. Arbetstiden är fastställd till minst 21 timmar i veckan och fördelas på minst fem vardagar. Försvarstandläkarna har civilmilitär ställning.

För militärtandvården utnyttjas vidare *extra försvarstandläkare* och *värnpliktiga tandläkare*. För extra försvarstandläkare har 20 arvoden beräknats. Samtliga arvoden utnyttjas och rekryteringssvårigheter föreligger inte. Extra försvarstandläkare är skyldig att tjänstgöra 30 dagar årligen. De extra försvarstandläkarna avses i första hand för de tandpolikliniker som till följd av större inryckningar m. m. tidvis blir särskilt hårt belastade. De kan kommenderas till tjänstgöring vid vilken militär tandpoliklinik som helst. Huvuddelen av arbetet på de militära

tandpoliklinikerna fullgörs emellertid av värnpliktiga tandläkare. Större delen av facktjänstgöringen om 230 dagar tas i anspråk för sådant arbete. Under år 1967 beräknas de värnpliktiga tandläkarna ha gjort en arbetsinsats motsvarande närmare 90 000 tandläkartimmar. Beräkningen grundades på en arbetsvecka av 42 timmar. Försvarstandläkarnas arbetsinsats beräknades vid samma tillfälle till omkring 40 000 timmar.

I organisationen ingår vidare 6 tjänster för tandsköterska i Ae 11, 76 tjänster för tandsköterska i Ae 9 samt 2 tjänster för kontorist. Flertalet militära förband disponerar egen tandpoliklinik. De förband, som saknar egen tandpoliklinik, är i nästan samtliga fall hänvisade till poliklinik vid förband inom garnisonsorten. Två förband, F 13 i Norrköping och F 17 i Kallinge (Ronneby), saknar tillgång till militär tandpoliklinik. Sammanlagt har krigsmakten 72 militära tandpolikliniker, varav 46 vid armén, 10 vid marinen och 16 vid flygvapnet. Antalet behandlingsplatser varierar mellan en och fem. Sammanlagt finns f. n. 123 behandlingsplatser.

5.3 *Försvarets tandvårdsberednings förslag och dess remissbehandling (sammandrag)*

5.3.1 Försvarets tandvårdsberedning

Beredningen, som i första hand hade till uppgift att undersöka förutsättningarna för att samordna den militära fredstandvården med folktandvården, lade i sitt betänkande (SOU 1966:58) fram förslag om den militära krigstandvårdens ändamål och de värnpliktiga tandläkarnas krigsanvändning, om den militära fredstandvårdens ändamål och den fria tandvårdens omfattning, om tillgodoseendet av behovet av tandläkare för den militära fredstandvården, om byte av huvudman för denna vård samt slutligen om utbildningen av tandläkarna för deras krigsuppgifter.

I detta sammanhang är beredningens förslag angående den militära fredstandvårdens omfattning och organisation närmast av intresse.

Beredningen föreslår i korthet följande.

Alla värnpliktiga erhåller under sin grundutbildning kostnadsfri tandvård med vissa begränsningar i fråga om vårdens omfattning. Med värnpliktiga likställs officers- och reservofficersaspiranter m. fl., som under grundutbildningen åtnjuter värnpliktsförmåner, samt tjänstemän på löneplan E. Övriga tjänstemän vid försvaret skall icke äga rätt till fri tandvård i vidare utsträckning än statstjänstemän i allmänhet. Under repetitionsutbildning begränsas tandvården till att avse akuta besvär och olycksfallsskador.

Tandvården meddelas i huvudsak av värnpliktiga tandläkare. I tandläkarnas värnpliktstjänstgöring inryms för ändamålet högst 140 dagar för tjänstgöring inom fredstandvården. Vapenfri tandläkare ges möjlighet att fullgöra hela sin tjänsteplikt inom fredstandvården. Tjänstgöringen fullgörs tidigast ett år efter erhållen legitimation som tandläkare och uppdelas i två tjänstgöringsomgångar om vardera ca 70 dagar, som normalt fullgörs med två års mellanrum. Under tjänstgöringen, som tillerkänns meritvärde som tjänstgöring inom folktandvårdens distriktstandvård, utgår förutom sedvanliga värnpliktsförmåner särskild tjänstgöringspremie.

Sjukvårdshuvudmännen övertar den 1 januari 1970 huvudmannaskapet för den militära fredstandvården. Om allmän tandvårdsförsäkring skulle träda i kraft inom två år före eller efter denna dag, sker dock övertagandet av militärtandvården först två år efter tandvårdsförsäkringens ikraftträdande. Medicinalstyrelsen blir tillsynsmyndighet för den militära fredstandvården och vården inom landstingsområdena ingår i tandvårdsinspektörernas ansvarsområde. Militärtandpoliklinikerna omvandlas till annextandpolikliniker till befintliga distriktstandpolikliniker. Huvuddelen av behovet av tandläkarkrafter tillgodoses genom att staten årligen ställer minst 26 000 tjänstgöringsdagar för värnpliktiga tandläkare till folktandvårdens förfogande. Försvarets tandvårdspersonal — utom försvarsövertandläkaren och förste försvarstandläkarna vid militärområdesstaberna — förutsätts i allmänhet gå över i folktandvårdens tjänst. Staten tillhandahåller mot hyra lokaler för tandpolikliniker vid förbanden och svarar för reparation och underhåll av dessa. Tandvårdsutrustning, tandvårdsmateriel och inventarier vid de militära poliklinikerna överlåts vederlagsfritt till sjukvårdshuvudmännen, vilka medverkar till omsättning av materiel som anskaffats för den militära krigstandvården. Staten ersätter sjukvårdshu-

vudmännens kostnader för militärtandvården enligt principen om full kostnadstäckning och de villkor i övrigt, som anges i ett i betänkandet bilagt förslag till normalavtal.

5.3.2 Remissbehandlingen

Beredningens förslag har i nu berörda delar blivit föremål för kritik från olika håll. Detta gäller såväl förslaget om ändrat huvudmannaskap som föreslagna åtgärder för tillgodoseende av de värnpliktigas tandvårdsbehov, icke minst vad angår användning av värnpliktiga tandläkare för ändamålet. En sammanställning av remissyttrandena ger vid handen i huvudsak följande.

Beredningens förslag att *sjukvårdshuvudmännen skall ta över ansvaret* för den militära fredstandvården har fått ett blandat mottagande. *Cheferna för armén* och *marinen* har inte något att erinra mot att landstingen och berörda städer blir huvudmän för ifrågavarande verksamhet, medan *chefen för flygvapnet* anser det olämpligt med en huvudman som står utanför den militära organisationen. Cheferna för armén och marinen understryker härvid att tandvården måste meddelas vid förbanden i enlighet med beredningens förslag. *Överbefälhavaren* motsätter sig i princip inte att huvudmannaskapet förs över till sjukvårdshuvudmännen. Folktandvården bedöms emellertid f. n. inte ha erforderlig kapacitet härför. Statsmakterna får inte medverka till att militärtandvården försämras. Den av chefen för socialdepartementet aviserade översynen av folktandvården bör därför genomföras, innan ställning tas till tidpunkten för överförandet m. m. *Försvarets civilförvaltning* anser det vara uppenbart att förslaget medför komplikationer i militärt hänseende och finner det inte välbetänkt att föra över huvuddelen av tjänsterna för försvarstandläkare m. fl. till folktandvården. Ämbetsverket kan därför inte tillstyrka att tandpoliklinikerna förs över till folktandvården.

Försvarets sjukvårdsstyrelse hävdar att beredningens förslag med hänsyn till såväl de värnpliktiga tandläkarnas utbildning till läkarassistenter som folktandvårdens ännu olösta huvuduppgifter är orealistiskt. Sjukvårdsstyrelsen anför härutinnan:

»Beredningens förslag är uttryckligen beroende på värnpliktiga tandläkares kliniska tjänstgöring under 140 dagar i fredstandvården. Denna tjänstgöring har angetts vara en *'grundförutsättning'* för att ett övertagande från folktandvårdens sida av militärtandvården överhuvudtaget skall kunna diskuteras. Dessa 140 dagar kommer emellertid icke att finnas tillgängliga, eftersom krigsmaktens obestridliga krav på utbildning för den värnpliktige tandläkarens krigsuppgift som kirurgassistent måste beaktas. Räknas, vilket synes väl försvarat, med en total tjänstgöringsskyldighet av 420 dagar för den värnpliktige tandläkaren i stället för 450, motsvaras de 140 dagarnas kliniska tjänstgöring av 110. I själva verket bör man icke räkna med att den värnpliktige tandläkaren skall kunna arbeta på patient mer än under högst 60 dagar under sin värnpliktstjänstgöring. Med hänsyn härtill och med tanke på alla de ännu olösta huvuduppgifterna för folktandvården — bl. a. förskoletandvård, ungdomstandvård, anstaltstandvård, den kommande tandvårdsförsäkringen och de årslånga kölistorna för vuxentandvård — är förslaget orealistiskt.

Beredningen har sålunda ej styrkt, att effektiviteten ökas om folktandvården finge övertaga huvudmannaskapet för militärtandvården. Tvärtom kan det icke anses befrämjande för effektiviteten om en så komplicerad verksamhet, som det här är fråga om, skall bedrivas under ledning av den civila kommunala representationen i samarbete med den militära myndigheten. Det kan icke bortses från att intressekollisioner kan uppkomma. Erinras bör om att den civile huvudmannen icke torde kunna ges några disciplinära befogenheter över de värnpliktiga tandläkarna eller deras patienter bland de värnpliktiga. För den militära myndigheten måste utbildningen av de värnpliktiga av olika kategorier komma i första hand.»

Såsom närmast ansvarig för de värnpliktigas tandvård avstyrker ämbetsverket därför beredningens förslag och föreslår i stället att den militära tandvårdsorganisationen konsolideras och byggs ut.

Medicinalstyrelsen anser det för sin del inte vara rationellt att låta tandvården för en mycket begränsad del av befolkningen has om hand av en särskild organisation.

Fördelarna med ett enhetligt huvudmannaskap synes ämbetsverket så betydelsefulla att de mer än väl väger upp de svårigheter av organisatorisk-administrativ natur som kan uppkomma. *Värnpliktskommittén* framhåller att tandvårdsresurserna bör lokaliseras så, att ett minimum av utbildningstid går förlorad genom tandläkarbesök. Nuvarande förutsättningar härför kan behållas genom beredningens förslag. En nära samordning av tandvård och utbildningsverksamhet kräver emellertid rörlighet till tid och rum.

Landstingsförbundet erinrar om att förbundet i tidigare sammanhang uttalat sig för ett enhetligt huvudmannaskap för all offentlig tandvård på grund av tandvårdens nära anknytning till sjukvårdshuvudmännens övriga hälso- och sjukvårdsuppgifter och de väsentligt ökade förutsättningarna för en ur samhällets synpunkt ekonomisk och rationell drift. Förbundet kan därför ansluta sig till förslaget att militärtandvården skall föras över till folktandvården i huvudsak enligt de riktlinjer som föreslagits av beredningen. Erinringar görs emellertid mot tidpunkten för reformens ikraftträdande. Förbundet pekar på den besvärande situationen i fråga om rekrytering av tandläkare m. fl. till folktandvården och understryker särskilt, att den del av folktandvårdsorganisationen som sannolikt kommer att få den största belastningen, då militärtandvården ordnas in i folktandvården — nämligen landstingens distriktstandvård — uppvisar högre vakanssiffror än som gäller för folktandvården i dess helhet. Med hänsyn bl. a. härtill anser förbundet angeläget att frågan om tidpunkten för den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården prövas i samband med den planerade översynen av folktandvårdens organisation och verksamhet. Förbundet anser vidare att tandvårdsförsäkringen bör införas, innan militärtandvården förs över till folktandvården. Som underlag för fortsatta diskussioner och förhandlingar accepteras det förslag till normaltavtal som lagts fram av beredningen. Förbundet förutsätter slutligen att samtliga förhandlingsfrågor gentemot staten och berörda personalorganisationer löses, innan proposition i ärendet föreläggs riksdagen.

Även *stadsförbundet* erinrar om att förbundet tidigare i princip tagit ställning för en samordning av militärtandvården med folktandvården. Beredningens förslag har inte gett förbundet anledning att inta annan ståndpunkt. Förbundet hävdar att en effektiv och rationell samordning kräver att den militära tandvården ordnas in som en organisk del av folktandvården. Det största hindret för övertagandet av militärtandvården är enligt förbundet den besvärande rekryteringssituationen beträffande tandläkare inom folktandvården. Utfästelsen att värnpliktig tandläkare och f. d. försvarstandläkare i allt väsentligt skall tillgodose de värnpliktigas tandvårdsbehov medför dock, att styrkan i denna invändning minskar. Uppfylls de allmänna förutsättningarna i beredningens förslag till normalavtal synes huvudmännen ges garantier för att reformen kan genomföras utan alltför stora olägenheter. Förbundet förutsätter härvid att pågående och planerade utredningar för rationalisering av folktandvården skall ge till resultat att folktandvården vid tidpunkten för överförandet skall vara bättre rustad än nu att bemästra uppstående svårigheter.

LO, TCO och *SR* tillstyrker alla beredningens förslag. Enligt LO synes det emellertid lämpligt att, eftersom folktandvårdens resurser f. n. är otillräckliga, den militära fredstandvårdens organisation inryms i den översyn av folktandvårdens organisation och allmänna målsättning, som förestår i samband med ställningstagandena till tandvårdsförsäkringen. *Tandläkarorganisationerna* kan däremot inte finna belägg för att ett byte av huvudman skulle gagna effektiviteten eller ge ökade rationaliseringsmöjligheter för försvarets tandvård. Det föreslagna systemet måste enligt organisationerna i flera avseenden bli tungrott och skapa nya problem. Organisationerna kan inte acceptera några som helst motiv för att värnpliktiga tandläkare utnyttjas för behandling av civila folktandvårdspatienter. Beredningens förslag kommer att betraktas som en förtäckt tvångsrekrytering till folk-

tandvården. Tvångstjänstgöringen inom folktandvården torde komma att skapa sådan animositet att den pågående diskussionen om rekryteringsfrämjande åtgärder för folktandvården snabbt blir meningslös. Organisationerna understryker slutligen betydelsen för krigstandvården av en i fred fungerande militär tandvårdsorganisation med fast anställd personal. Tandvården för värnpliktiga bör därför ges inom en militär tandvårdsorganisation. Till dessa synpunkter ansluter sig även *SACO*.

5.4 *Folktandvården på de militära förläggningsorterna*

För att få belyst folktandvårdens situation på de militära förläggningsorterna har utredningen låtit genomföra en särskild undersökning i form av en rundfråga till folktandvårdens huvudmän. Undersökningen, som är en uppföljning av en av försvarets tandvårdsberedning på hösten 1964 genomförd liknande undersökning, utvisar dels folktandvårdens resurser på förläggningsorterna i form av antalet polikliniker, tjänster och vakanser, folkmängden i de berörda distrikten m. m. (där distrikten är avsevärt större än poliklinikernas upptagningsområden avser uppgifterna upptagningsområdet), och dels behandlingskapaciteten inom folktandvården, varvid för år 1967 efterfrågats totala antalet behandlade barn, antalet behandlade barn i vardera åldersgrupperna 3—5 år, 6 år och 7—16 år, antalet behandlade vuxna inom distriktet i vardera åldersgrupperna 17—19 år samt 20 år och uppåt. Uppgift begärdes även på väntetiden för vuxna inom distriktet samt antalet yrkesverksamma privatpraktiker. Det utsända frågeformuläret har besvarats av samtliga huvudmän. I vissa fall har emellertid ett antal delfrågor lämnats obesvarade. Svaren har sammanställts i bilaga 2 och en analys av sammanställningen ger vid handen i huvudsak följande.

En eller flera distriktstandpolikliniker finns på så gott som samtliga förläggningsorter eller i dessas omedelbara närhet. Avståndet mellan närmaste poliklinik och förbandet varierade på flertalet förläggningsorter mellan 1—7 km. Längre avstånd än 7 km förekom i följande fall: Linköping (F 3) 8 km, Borensberg (InfSS) 10 km, Såtenäs (F 7) 15 km och Luleå (F 21) 10 km.

Reservbehandlingsrum fanns vid flertalet polikliniker. I ungefär halva antalet fall var utvidgning av poliklinikerna planerad.

Vakanssituationen vid berörda folktandvårdspolikliniker belyses av antalet vakanser inom vuxentandvården per den 1 oktober 1965, 1966 resp. 1967. Uppgifterna visar, att man vid endast 8 polikliniker kunde beteckna vakanssituationen som besvärande. Dessa kliniker var Nyköping med 5 vakanser av 13 inrättade tjänster den 1 oktober 1967 (en ökning jämfört med samma tidpunkt de närmast föregående åren), Strängnäs (2 av 4), Jönköping (10 av 15), Eksjö (3 av 4), Fårösund (1 av 1), Göteborg (21 av 57), Uddevalla (7 av 12) och Karlstad (5 av 9). Vid övriga kliniker redovisas i tolv fall inga vakanser och i likaledes tolv fall endast en vakant tjänst. Senare inhämtade uppgifter ger vid handen, att vakanssituationen per den 1 april 1969 i stort sett förbättrats på ifrågavarande orter. Särskilt gäller detta Nyköping och Karlstad.

Inom barntandvården behandlades i gruppen 3—5 år ca 11 000 barn, vilket utgör en ökning med ca 30 % jämfört med år 1963. Antalet behandlade barn i denna grupp är dock fortfarande obetydligt och torde främst utgöras av akutfall. Även antalet behandlade 6-åringar var i regel relativt litet. Undantag utgjorde främst storstäderna och flertalet övriga större städer men även inom vissa mindre städer förekom en ganska betydande vård av 6-åringar. Jämfört med år 1963 utgör ökningen ca 13 % i denna grupp i de berörda distrikten.

Förhållandet mellan antalet behandlade barn i åldern 3—16 år och antalet »behandlingsbarn» varierade mellan 26 och 100 %. Som jämförelse kan nämnas att i riket i sin helhet behandlades år 1967 i runt tal 50 %

av denna åldersgrupp. Inom följande elva distrikt hade mindre än hälften av »behandlingsbarnen» behandlats under år 1967: Norrtälje, Handen, Täby, Järfälla, Tumba, Eksjö, Visby, Hässleholm, Karlsborg, Grästorp och Karlstad. Mellan 50 och 70 % av dessa barn har fått behandling i följande elva distrikt: Stockholms stad, Solna, Vaxholm, Skillingaryd, Fårösund, Kristianstad, Ängelholm, Göteborgs stad, Uddevalla, Kristinehamn och Umeå. Av övriga distrikt uppnådde ej mindre än tolv distrikt en behandlingskvot av 85—100 %. En påtaglig förbättring av behandlingskapaciteten inom barntandvården kan särskilt spåras i Handen, Vaxholm, Visby, Halmstad, Boden, Luleå och Kiruna, där ökningen uppgick till 83—136 %.

Av vuxna, som behandlats år 1967, utgjordes vid flertalet distrikt 10—20 % av 17—19-åringar, men variationsbredden var stor (1—28 %). Mer än 20 % av de behandlade vuxna utgjordes av 17—19-åringar endast i sju distrikt, nämligen Stockholm, Kalmar, Ljungbyhed, Halmstad, Gävle, Boden och Luleå, medan mindre än 10 % av de behandlade utgjordes av denna åldersgrupp i 22 av de berörda distrikten.

Inom vuxentandvården har kortare väntetid än två år endast anmälts från sex distrikt. Antalet akutfall per tandläkare och år varierade mellan 85 och 627. I samband härmed kan konstateras att det uppgivna antalet yrkesverksamma privatpraktiker i berörda folktandvårdsdistrikt i relation till antalet invånare i distriktet varierade inom mycket vida gränser.

I en förnyad enkät till sjukvårdshuvudmännen har utredningen inhämtat uppgifter bl. a. om antalet behandlade barn och ungdomar i åldern 3—19 år under 1968. Uppgifterna visar, att man på ett tiotal förläggningsorter kunnat i betydligt ökad omfattning behandla 6-åringar och 3—5-åringar. Även för ungdomar i åldern 17—19 år är på en del håll en förbättring märkbar.

5.5 *Tandvårdsbehovet under värnpliktstjänstgöringen*

5.5.1 Försvarets tandvårdsberedning

På uppdrag av försvarets tandvårdsberedning och enligt beredningens anvisningar utförde tandläkarna vid odontologiska fakulteten vid Lunds universitet, Stig Edvardsson och Rolf Möbius, hösten 1964 en tandstatusundersökning av värnpliktiga. Resultatet bearbetades av de båda tandläkarna under vetenskaplig handledning av professorn Sven Sellman. Undersökningen ägde rum vid förbandens tandpolikliniker, varvid de båda tandläkarna arbetade oberoende av varandra. Deras observationer jämkades ihop så att en gemensam bedömning erhölls.

Syftet med undersökningen var att söka fastställa tandvårdsbehovet hos värnpliktiga som inkallats till grundutbildning. Undersökningen genomfördes vid samtliga sju artilleriförband och Karlskrona örlogsskolor. Den omfattade i princip alla värnpliktiga som fullgjorde grundutbildning vid dessa förband och var födda i februari, juni och oktober. Av skilda anledningar bortföll en mindre del av de utvalda. Sammanlagt undersöktes 890 man eller 1,66 % av de år 1963 inskrivna värnpliktiga. De undersökta representerade samtliga inskrivningsområden. Eftersom det insamlade, slumpvis utvalda materialet endast representerar artilleriet och flottan kan dess representativitet för krigsmakten i dess helhet sättas i fråga. Då tandtillståndet endast i sällsynta undantagsfall torde inverka på urvalet av de värnpliktiga vid inskrivningen och anledning att misstänka korrelation mellan tandstatus och fysisk prestationsförmåga inte föreligger finns emellertid inte grund för förmodan att tandtillståndet hos de undersökta värnpliktiga i genomsnitt skulle vara annorlunda än hos andra värnpliktiga som fullgör grundutbildning. Den begränsning av undersökningen till vissa förband som skett och som främst förestavats av ekonomiska skäl torde därför enligt beredningens uppfattning inte systematiskt ha påverkat undersökningsresultatet. Detta borde såle-

des vara användbart för en skattning av tandvårdsbehovet i dess helhet inom en åldersklass av värnpliktiga som fullgör grundutbildning.

Undersökningen visade att tandvårdsbehovet för en värnpliktig under grundutbildning i genomsnitt kunde tillgodoses på 4 timmar 24 minuter. Av denna tidsåtgång hänför sig 80,3 % till enkel, konserverande behandling, 9,6 % till komplicerad, konserverande behandling, 4,5 % till tandköttsbehandling, 4 % till tanduttagning och 0,8 % till protetisk behandling. Av det totala tandvårdsbehovet kan 60 minuter eller 23 % hänföras till akuttandvård. De befälsuttagnas tandvårdsbehov var lägre än de värnpliktigas i allmänhet. De underofficersuttagnas behov uppgick sålunda till omkring 3 timmar 40 minuter, medan de värnpliktiga i allmänhet redovisade ett behov av 4 timmar 45 minuter. Tandskadorna hos de värnpliktiga i allmänhet var genomgående allvarligare än hos de befälsuttagna värnpliktiga, vilket bl. a. tog sig uttryck i att behovet av akuttandvård för de värnpliktiga i allmänhet uppgick till 70 minuter, medan det för de underofficersuttagna begränsades till 26 minuter. Slutligen framgår att 12 % av de värnpliktiga hade ett vårdbehov av mer än 9 timmar och tillsammans svarade för ej mindre än en tredjedel av det totala vårdbehovet.

Parallellt med tandstatusundersökningen utfördes en intervjuundersökning av de värnpliktigas tandvårdsvanor. Denna undersökning visade att 27 % av de värnpliktiga regelbundet (minst en gång om året) sökt tandläkare efter skoltandvårdens avslutande, 50 % oregelbundet, 10 % endast vid tandvärk och 13 % aldrig. Av de 50 % som endast oregelbundet sökt tandläkare hade dock hälften någon gång under åren 1963 och 1964 uppsökt tandläkare. Tandvårdsvanorna var bäst bland värnpliktiga bosatta i mellersta Sverige och sämst i Norrland. I Norrland sökte endast 12—14 % regelbundet tandläkare. De befälsuttagnas tandvårdsvanor var bättre än de värnpliktigas i allmänhet. Av de underofficersuttagna hade sålunda 44 % regelbundet sökt tandläkare, av de värnpliktiga i allmänhet endast 22 %. Tidsutdräkten mellan sista tillfället för fullständig tandbehandling och inryckningen till militärtjänstgöring — den s. k. tandvårdsluckan — varierade starkt. Den uppgick i medeltal till 3 år. Undersökningen utvisade även att behandlingstiden steg med 22—23 minuter för varje år som tandvårdsluckan ökade, dock endast inom ett begränsat tidsområde.

En jämförelse mellan tandvårdsvanorna och tandvårdsbehovet gav vid handen, att de värnpliktiga som regelbundet sökt tandläkare efter skoltandvårdens avslutande hade ett tandvårdsbehov av i medeltal 3 timmar 10 minuter, medan de som sökt tandläkare oregelbundet, endast vid tandvärk eller aldrig hade ett avsevärt större tandvårdsbehov (i medeltal 4 timmar 23 minuter, 6 timmar 50 minuter resp. 5 timmar 14 minuter). Som jämförelse kan nämnas att behandlingstiden per år och barn inom folktandvården vid undersökningstillfället uppgick till 2 timmar 6 minuter.

Tandvårdsberedningen har med stöd av sina undersökningar beräknat, att tandvårdsbehovet för en värnpliktig under grundutbildningen kan tillgodoses på ca 4,5 timmar, inberäknat tidsåtgången för tandundersökningen vid inryckningen. Med beaktande av vissa faktorer, som väntas minska detta tandvårdsbehov, främst skoltandvårdens utsträckande år 1965 till att omfatta även 16-åringarna samt de kariesförebyggande åtgärdernas växande betydelse, har beredningen emellertid ansett sig kunna ytterligare begränsa vårdtiden per värnpliktig under grundutbildningen till mellan 3 timmar 45 minuter och 4 timmar.

Tandvårdsberedningen lät också göra en särskild undersökning av behovet av akut- och olycksfallstandvård bland de till repetitionsutbildning inkallade värnpliktiga. Undersökningen utfördes hösten 1964 och omfattade 10 bataljonsförband och 6 kompaniförband vid armén, vilka fullgjorde krigsförbandsövning och valts så, att samtliga militärområden på fastlandet skulle bli representerade. Undersökningen utvisade att av den inkallade styrkan endast omkring

4 % uppsökte tandläkare för tandbesvär och att av dessa omkring en fjärdedel belastade de militära tandpoliklinikerna. Om undersökningen är representativ för alla krigsförband och årstider skulle av de 145 000 man som enligt beslut av 1966 års riksdag årligen skall fullgöra krigsförbandsövning omkring 6 000 behöva vård av tandläkare. Därest vårdbehovet per värnpliktig i genomsnitt beräknas till en timme, skulle tandvårdsbehovet per år vid krigsförbandsövning överslagsvis motsvara 6 000 tandläkartimmar. Den företagna undersökningen bekräftar att ett visst behov av tandvård föreligger under repetitionsutbildning men att behovet är relativt obetydligt.

5.5.2 Remissinstanserna

Beredningens undersökningar av tandvårdsbehovet hos de värnpliktiga har gett anledning till erinringar från vissa remissinstanser. *Medicinalstyrelsen,* som anser sig kunna godta beredningens beräkningar av tandvårdsbehovet, utgår från att det militära tandvårdsbehovet vid den beräknade tidpunkten för folktandvårdens övertagande av den militära fredstandvården skall ha reducerats till inte obetydlig del främst genom den successiva utbyggnaden av barntandvården. *Landstingsförbundet* anser att det av beredningen angivna tandvårdsbehovet under grundutbildningen — omkring 4,5 timmar per värnpliktig — är i lägsta laget, eftersom de befälsuttagna värnpliktiga överrepresenterats i undersökningsmaterialet och den använda tidsnyckeln avsetts för tandvårdsarbete som till viss del har baserats på prestationslön. Den kariesprofylaktiska verksamheten ansågs ännu knappast kunna påverka vårdbehovet. *Tandläkarorganisationerna* hävdar att de beräkningar som har utförts endast kan ligga till grund för en mycket grov skattning av tandvårdsbehovet. All erfarenhet visar, att en tandundersökning som utförts utan röntgenundersökning leder till en underskattning av vårdbehovet. I fråga om tidsnyckeln anförs liknande invändningar som av landstingsförbundet. Det tandvårdsbehov som angetts av beredningen är därför sannolikt för lågt. Något stöd för den ytterligare reduktion som beredningen har räknat med finns inte. Till denna uppfattning ansluter sig även *SACO.*

5.5.3 Senare undersökning

Under november-december 1968 genomförde biträdande övertandläkaren vid centraltandpolikliniken i Östersund, Birger Nentzén, en undersökning av de värnpliktigas tandvårdsbehov vid ett sammanhållet infanteri- och kavalleriregemente i Norra Sverige. Av den för denna undersökning lämnade redovisningen framgår i huvudsak följande.

Undersökningens målsättning var att hos inneliggande årsklass värnpliktiga (1968/69, omfattande 1 394 man) vid regementet registrera bl. a. vårdbehov och attityder till militär tandvård. Av årsklassen valdes för undersökning de som fram till årsskiftet 1968/69 blivit undersökta och färdigbehandlade, alternativt ej erfordrat eller önskat vård (ungefär halva årsklassen). Ur den angivna populationen uttogs med ledning av kompanilistorna a) alla värnpliktiga vilkas sista siffra i födelsenumret var 3 eller 4 (ett slumpmässigt uttaget sampel, motsvarande 20 % av populationen) och b) alla värnpliktiga som vid tiden för enkäten anmält att tandvård ej önskades. Den senare gruppen var relativt liten, men kunde tänkas representera värnpliktiga med mer deciderade uppfattningar i de frågor som enkäten avsåg att belysa.

Med ledning av poliklinikens tandvårdskort registrerades för varje deltagande värnpliktig hans tandvårdsgrupp och behandlingens omfattning med avseende på antalet konservativt behandlade tänder och antalet extraherade. Undersökningen utfördes i övrigt som en skriftlig intervjuundersökning med 11 frågor och så långt möjligt fasta svarsalternativ. Redovisningen av åsikter om den militära tandvården måste dock ske i essäform och dessa frågor placerades sist i enkäten. Eftersom varje sådan åsikt i

sig innebär en jämförelse med tidigare erfarenheter hade jämförelsen med civil tandvård utsagts. Frågor, utvisande om den värnpliktige brukade undergå systematisk tandvård eller enbart akuttandvård, hade medtagits. Två frågor avsåg att visa i vilken utsträckning den kostnadsfria militära tandvården var känd före inryckning och vilka informationsvägar som förelåg.

Av de 159 värnpliktiga, som utvalts, infann sig samtliga. Ingen av dem önskade avstå från deltagande. De värnpliktigas ålder varierade mellan 19 och 24 år med en medelålder av 19,7 år.

När det gäller den civila tandvårdens regelbundenhet och anlitad vårdform visade undersökningen, att den akuta vården framförallt ombesörjdes av folktandvården, medan den regelbundna vården ägde rum hos privattandläkare.

Av de 159 värnpliktiga, som undersökningen omfattade, hade 41 (26 %) erhållit regelbunden tandvård (minst en gång om året). Nentzéns undersökning visar sålunda i detta avseende samstämmighet med den i SOU 1966: 58 redovisade undersökningen, vilket skulle tyda på att någon nämnvärd ändring ej skett sedan den förra undersökningen genomfördes.

5.5.4 Folktandvårdsutredningen

Med ledning av sina undersökningar har försvarets tandvårdsberedning beräknat tidsåtgången för tillgodoseende av en värnpliktigs tandvårdsbehov under grundutbildning till omkring 4,5 timmar, en uppskattning som beredningen med hänsyn till vissa behovsinskränkande faktorer ansett sig kunna begränsa till högst 4 timmar. Vid remissbehandlingen har medicinalstyrelsen funnit sig kunna godta denna beräkning, medan landstingsförbundet och tandläkarorganisationerna ansett uppskattningen för låg.

Senare verkställd undersökning har icke kunnat nämnvärt rubba den uppskattning rörande de värnpliktigas tandvårdsbehov, vartill tandvårdsberedningen vid sin undersökning kommit.

Folktandvårdsutredningen har för sin del icke ansett påkallat att verkställa några kompletterande undersökningar rörande de värnpliktigas tandvårdsbehov. Anledningen härtill är framför allt att utredningen i föregående kapitel förordat en väsentlig utbyggnad av ungdomens systematiska tandvård, varigenom den s. k. tandvårdsluckan inom loppet av 5 år skulle helt eller i det närmaste utfyllas. Godtas detta förslag, kan tidsåtgången per värnpliktig beräknas bli avsevärt reducerad och efter hand närma sig den för skoltandvårdens klientel redovisade. Härmed kommer givetvis den merbelastning för folktandvården, som ett övertagande av den militära fredstandvården skulle utgöra, att i motsvarande mån begränsas. Detta skulle i sin tur i hög grad underlätta genomförandet av den avsedda reformen, i synnerhet om denna successivt ansluts till ungdomstandvårdens utbyggande. Härtill återkommer utredningen i det följande.

5.6 *Målsättningen för den militära fredstandvården*

5.6.1 Försvarets tandvårdsberedning

Den nuvarande tandvården under grundutbildningen inriktas som nämnts i första hand på att ge tandvård åt värnpliktiga som hänförts till tandvårdsgrupp I, d. v. s. fall där enkel kirurgisk-konserverande vård sanerar och restituerar bettet, dock att värnpliktiga, som undergår utbildning till officer eller underofficer, samt tjänsteman på löneplan E alltid är berättigade till sanering och fullständig bettrestitution jämte den därefter återkommande behandlingsrevision som prövas erforderlig. Bristen på resurser har likväl medfört att tandvården under grundutbildningen måst begränsas ytterligare. Förekommande fall av akut- och olycksfallstandvård behandlas sålunda med förtur. Vidare ges saneringen företräde inom hela

patientmaterialet oberoende av till vilken tandvårdsgrupp den enskilde hänförts. Under repetitionsutbildningen hinns av olika skäl med endast akut- och olycksfallstandvård.

Enligt tandvårdsberedningens uppfattning kan det icke komma i fråga att inskränka de värnpliktigas nuvarande rätt till fri tandvård på sätt den s. k. besparingsutredningen på sin tid föreslog. Tvärtom borde målet för militärtandvården sättas högre än nu. Detta ställningstagande rubbas, framhåller beredningen, inte av att en allmän tandvårdsförsäkring kan komma att införas. Tandvårdsförsäkringen som sådan medför nämligen inte att tandvården blir kostnadsfri för den värnpliktige.

Tandvårdsberedningen anser att alla värnpliktiga under sin militära grundutbildning i samma omfattning bör komma i åtnjutande av kostnadsfri systematisk tandvård. Anledning finns inte att såsom nu sker göra åtskillnad mellan olika kategorier av värnpliktiga. Med värnpliktiga bör likställas officers- och reservofficersaspiranter m. fl., som under sin grundutbildning åtnjuter värnpliktsförmåner, samt fast anställda på löneplan E. Övriga tjänstemän inom försvaret bör i fråga om tandvårdsförmåner likställas med andra statstjänstemän. Visst undantag bör dock göras för flygande och submarin personal, eftersom denna personal i sitt arbete utsätts för stora tryckvariationer och tandtillståndet är av stor betydelse för personalens tjänstduglighet. Den nuvarande »tandgrupperingen» vid inryckningen bör alltså slopas och ersättas av en vanlig tandundersökning. Det bör därvid för krigsmaktens ändamål utom i rena undantagsfall räcka med den ytliga undersökning av tandtillståndet som läkaren regelmässigt gör.

Beträffande frågan, vilka krav som bör ställas på den militära fredstandvården, framhåller beredningen, att ur social och odontologisk synpunkt endast en tandvård som — förutom akut- och olycksfallstandvård — täcker hela det konstaterade tandvårdsbehovet under grundutbildningen är tillfredsställande. Då emellertid varje höjning av den nuvarande målsättningen skulle medföra att ökade resurser måste ställas till militärtandvårdens förfogande och detta med hänsyn till föreliggande brist på tandläkare skulle kunna få menliga konsekvenser för den ur odontologisk synpunkt viktigare barntandvården, har beredningen förordat en begränsning av tandvårdsprogrammet genom att viss behandling av mindre vikt uteslutes. Detta synes beredningen möjligt utan att den principiella målsättningen äventyras, eftersom det inte kan anses vara en uppgift för militärtandvården att genom en långtgående restaurerande tandvård avhjälpa skador som beror på åratals försummelser eller att utföra behandling, som kan hänföras till »lyxtandvård». Sålunda bör tidskrävande behandlingar såsom guldarbeten (guldbroar, guldkronor, stifttänder) och jacketkronor i princip utföras endast vid olycksfallsskador. Proteser med metallbas, tandregleringsbehandlingar och behandling av obetydliga skador av relativt stillastående natur bör inte heller utföras. Indikationerna för utförande av rotbehandling i molarer bör ställas med stor återhållsamhet, framför allt då flera tänder i samma bett företer pulpaskador. I sådana fall bör i stället extraktion övervägas, om godtagbar bettfunktion kan upprätthållas med kvarvarande tänder.

På grundval av det anförda föreslår beredningen, att värnpliktiga under grundutbildningen ges kostnadsfri tandvård som omfattar

undersökning av tänderna (inklusive erforderlig röntgenundersökning),

akutvård i vidsträckt mening, varmed förstås avhjälpande av akuta tandsjukdomar och olycksfallsskador samt den behandling som är erforderlig för att förebygga akuta tandbesvär under tiden för grundutbildningen,

enkel konserverande tandvård (dock inte behandling av obetydliga skador av relativt stillastående natur),

den konserverande tandvård härutöver, som inte kan uppskjutas utan stor olägenhet,

erforderlig behandling av tandköttssjukdomar, fullständig restauration av olycksfallsskadade tänder,

åtgärder till förebyggande av tandkaries och tandköttssjukdomar i den mån sådana kan genomföras.

5.6.2 Remissinstanserna

Beträffande målsättningen för den militära fredstandvården och det militära tandvårdsprogrammets innehåll har flertalet remissinstanser inte någon väsentlig erinran mot beredningens förslag. *Överbefälhavaren,* som framhåller att tandvården bör betraktas ur allmänhygieniska och sociala aspekter och att dess kostnader bör avvägas mot andra värnpliktsförmåner, anser att militärtandvården i princip bör ha samma målsättning som folktandvården och anpassas efter den kommande tandvårdsförsäkringen. Liknande synpunkter förs fram av *chefen för flygvapnet* och *försvarets sjukvårdsstyrelse,* den senare stödd på uttalanden av sitt vetenskapliga råd. Överbefälhavaren förordar dock att målsättningen t. v. anpassas till befintliga resurser, medan sjukvårdsstyrelsen hävdar att även »obetydliga skador av relativt stillastående natur» i den ålder varom här är fråga, måste behandlas. *Chefen för marinen* har i stort inte något att erinra mot beredningens förslag men föreslår att behandlingen utvidgas såvitt avser den fast anställda flygande och submarina personalen. *Chefen för armén,* som vitsordar att den föreslagna målsättningen är lämplig ur medicinsk synpunkt, hävdar däremot att tandvården av ekonomiska skäl m. m. för flertalet värnpliktiga måste begränsas till akut- och olycksfallstandvård i vid bemärkelse. För vissa befälsuttagna värnpliktiga m. fl. förutsätts dock en mer omfattande tandvård i enlighet med gällande bestämmelser. *Medicinalstyrelsen* delar beredningens uppfattning, att det inte kan anses vara en skyldighet för staten att ge de värnpliktiga en omfattande och dyrbar behandling om tandvården försummats i åratal. I fråga om behandlingen av obetydliga skador av stillastånde natur förutsätter ämbetsverket, att de normer som är vedertagna inom odontologin följs. Åtgärder till förebyggande av tandkaries och tandköttssjukdomar finner styrelsen synnerligen betydelsefulla.

Försvarets personalvårdsnämnd tillstyrker den föreslagna målsättningen för militärtandvården under grundutbildningen. Om målsättningen kan förverkligas får de värnpliktiga ökade möjligheter till tandvård, vilket ur allmän hälsosynpunkt torde vara av stort värde. *Värnpliktskommittén* säger sig inte kunna bedöma målsättningens innebörd, om en allmän tandvårdsförsäkring skulle införas. Resultatet av värnpliktsutbildningen påverkas i hög grad av den enskildes attityd. Bland personalvårdsåtgärderna torde tandvården inta en framskjuten plats hos flertalet värnpliktiga. Akutbesvär och skador genom olycksfall bör kunna avhjälpas och full tjänstbarhet snabbt återställas. Beredningens förslag uppfyller dessa minimikrav. Ambitionsnivån synes i övrigt bli starkt beroende av tillgängliga resurser. Avvägningen av resursfördelningen mellan militärtandvården och andra angelägna aktiviteter anses falla utanför kommitténs kompetensområde. *Landstingsförbundet* uttalar att beredningens tandvårdsprogram synes väl motiverat och att det bör eftersträvas som målsättning. Förbundet finner det emellertid tveksamt om målsättningen skall kunna förverkligas inom ramen för avsett antal tandläkartimmar per år. Skulle detta timantal inte visa sig tillräckligt torde programmet få reduceras på det sätt beredningen antytt, nämligen genom att vissa behandlingsåtgärder utesluts, så att folktandvårdens huvuduppgifter inte äventyras. Programmet måste kompletteras med någon form av instruktion till berörda tandläkare. *Stadsförbundet* framhåller att de värnpliktiga bör ha samma standard i fråga om tandvården, som kommer befolkningen i övrigt till del.

LO, TCO och *SR* tillstyrker alla beredningens förslag. TCO anser det följdriktigt att den fria tandvården för värnpliktiga ytterligare förbättras. De fria tandundersökningarna bör kunna utsträckas även till annan fast anställd personal än flygare och dykare, t. ex. militärmusikerna, för vilka ett gott tandtillstånd är en förutsättning för tjänstbarheten. *SACO* åter finner den föreslagna begränsningen av tandvårdsprogrammet olycklig. Gränsdragningen anses i många fall bli godtycklig och besparingen av tid och resurser blir inte särskilt stor. Enligt

SACO bör de värnpliktiga under grundutbildningen erhålla fullständig behandling enligt allmänt vedertagna principer. *Studentkårerna,* som pekar på parallellerna mellan de studerandes och de värnpliktigas behov av tandvård och svaga ekonomi, hävdar att beredningens målsättning är otillfredsställande. Målet bör vara ett fullt sanerat bett. Större vikt bör läggas på den förebyggande behandlingen, som kan ge stora förbättringar med små medel. *Tandläkarorganisationerna* beklagar också att beredningen inte ansett sig kunna föreslå, att de värnpliktiga skall erhålla fullständig behandling. Svåra gränsdragningsproblem anses uppkomma genom beredningens förslag. Dessa problem kan ge anledning till disciplinär bestraffning av tandläkaren och till nedvärdering av militärtandvården som social förmån.

5.6.3 Folktandvårdsutredningen

I likhet med försvarets tandvårdsberedning anser folktandvårdsutredningen att alla värnpliktiga — utan kategoriklyvning — liksom officers- och reservofficersaspiranter under den militära grundutbildningen bör komma i åtnjutande av systematisk tandvård. Till denna grupp bör liksom hittills även hänföras befattningshavarna på löneplan E. Med den ståndpunkt folktandvårdsutredningen intagit till frågan om ungdomstandvårdens utbyggnad, finner utredningen för sin del naturligt och följdriktigt, att den systematiska tandvården i princip skall omfatta fullständig sanering på samma sätt som inom den nuvarande organiserade folktandvården. Självfallet kan dock en begränsning av denna målsättning bli nödvändig under en övergångsperiod liksom i övrigt, då de lokala resurserna på grund av personalbrist eller andra omständigheter icke räcker till en fullständig behandling.

Härvid synes det utredningen mest ändamålsenligt att nuvarande regler för prioritering av dem som bör komma i fråga till tandvård tills vidare tillämpas. Senare, när resurserna lämnar utrymme för en fullständigare tandvård, bör dessa regler modifieras genom lokala överenskommelser mellan vederbörande tandvårdschef och militära förbandschef. Eventuellt kan därvid vissa allmänna anvisningar bli erforderliga, vilka i så fall bör utfärdas av socialstyrelsen i samråd med försvarets sjukvårdsstyrelse. Utredningen vill i detta sammanhang även betona angelägenheten av att den profylaktiska upplysningsverksamhet, som enligt vad försvarets sjukvårdsstyrelse upplyst påbörjats inom den militära fredstandvården, fullföljs och i möjligaste mån effektiviseras.

Vården bör i princip vara kostnadsfri för den enskilde. En särskild fråga härvid är, om en värnpliktig, som icke begagnat sig av eller eljest försummat erbjuden systematisk ungdomstandvård, skall det oaktat åtnjuta fri tandvård i samma omfattning som de, vilka undergått regelbunden sanering. I detta hänseende må erinras om att skolelev i motsvarande situation jämlikt 13 § kungörelsen om statsbidrag till folktandvården icke är berättigad att erhålla systematisk tandvård kostnadsfritt med mindre än att han eller hon dessförinnan underkastat sig erforderlig tandbehandling mot avgift enligt folktandvårdstaxan. Såsom i följande kapitel upplyses, har emellertid tillämpningen av denna bestämmelse alltmer kommit ur bruk efter hand som den organiserade tandvården utbyggts att motsvara behovet. Ifrågavarande barns behov av tandvård har tillmätts sådan vikt, att det ansetts böra tillgodoses utan särskild avgift i de fall, där detta kunnat ske utan eftersättande av den organiserade tandvården i övrigt. Folktandvårdsutredningen, som delar denna uppfattning, har därför föreslagit att bestämmelsen i fråga utgår ur författningen. Vid sådant förhållande och då enahanda synpunkter gör sig gällande beträffande de värnpliktigas tandvårdsbehov har utredningen icke ansett sig böra föreslå införande av en motsvarande bestämmelse för den militära fredstandvården. Under övergångstiden torde för övrigt de mera behandlingskrävande av dessa fall komma att hänföras till de grupper (klass II och III), vilkas tandvård tillgodoses i sista hand.

5.7 *Den militära fredstandvårdens tillgodoseende*

5.7.1 Försvarets tandvårdsberedning

Den totala behandlingstiden för en åldersklass värnpliktiga har av beredningen beräknats uppgå till i runt tal 220 000 tandläkartimmar. För att tillgodose tandvårdsbehovet hos officers- och reservofficersaspiranter m. fl., hos de ca 500 tjänstemännen på löneplan E och hos värnpliktiga under reptitionsutbildning samt behovet av olycksfallstandvård och av tandundersökningar för flygande och submarin personal beräknas åtgå högst 15 000 tandläkartimmar årligen. Det samlade tandvårdsbehovet inom krigsmakten skulle således i fred uppgå till omkring 235 000 tandläkartimmar för år.

Med hänsyn till skoltandvårdens utsträckande till att omfatta även 16-åringarna och effekten av de kariesförebyggande åtgärderna anses emellertid det beräknade timantalet kunna reduceras till ca 200 000, varav ca 50 000 timmar för akuttandvård. För att tillgodose militärtandvårdens behov skulle då fordras omkring 120 heltidstjänstgörande tandläkare. För att inte konkurrera med folktandvården om tandläkare avses militärtandvården främst lita till egna resurser, vilket innebär att värnpliktiga tandläkare även i fortsättningen förutsätts bilda ryggraden i den personalorganisation, som omhänderhar tandvården av värnpliktiga. Försvarstandläkarna och de extra försvarstandläkarna beräknas sålunda endast fullgöra en arbetsinsats av ca 40 000 timmar per år, medan återstoden skulle ankomma på de värnpliktiga tandläkarna. Härvid beräknas ca 10 000 timmar kunna uttagas av de till krigstjänst odugligförklarade värnpliktiga tandläkarna och — efter eget åtagande — de vapenfria tandläkarna, vilka sistnämnda förutsätts kunna fullgöra hela sin tjänsteplikt inom fredstandvården. Övriga tandläkares arbetsinsats skulle då uppgå till ca 150 000 timmar. För detta erfordras att varje värnpliktig tandläkare åläggs att tjänstgöra högst 140 dagar inom fredstandvården. Tjänstgöringen skulle — med början tidigast ett år efter vunnen legitimation—uppdelas på två tjänstgöringsomgångar om vardera ca 70 dagar som normalt skulle fullgöras med två års mellanrum. Inkallelserna borde planläggas av försvarets sjukvårdsstyrelse genom försvarsövertandläkaren. Dennes planläggning borde grundas på uppgifter som inhämtas från förste försvarstandläkaren i varje militärområdesstab, så att garantier skapas för att de värnpliktiga tandläkarna sätts in där de behövs bäst. I syfte att motverka att vissa värnpliktiga tandläkare kan komma att uppfatta tjänstgöringen som ett ur militär synpunkt meningslöst tvång, varigenom staten tillgodogör sig kvalificerad arbetskraft för ett ändamål, som inte tjänar utbildningen i krigsbefattning, föreslås vissa prestationsstimulerande åtgärder bl. a. i form av tjänstgöringspremier och tillgodoräknande av tjänstgöringen som merit inom folktandvården.

5.7.2 Remissinstanserna

I fråga om tillgodoseendet av tandläkarbehovet för militärtandvården är flera remissinstanser starkt kritiska mot beredningens förslag. *ÖB* hävdar att de militära kraven tillgodoses bäst, om den nuvarande tandläkarorganisationen behålls vid förbanden. Förslaget att utnyttja en del av tandläkarnas värnpliktstjänstgöring för tandvårdsarbete kan dock godtas på vissa villkor. Överbefälhavaren finner det sålunda mindre lämpligt att i så hög grad som beredningen föreslagit ta tandläkarnas värnpliktstjänstgöring i anspråk för sådant arbete, som inte kommer deras utbildning i krigsbefattning till godo. Frågan om tillgodoseendet av tandläkarbehovet bör därför övervägas ytterligare. Enligt *chefen för armén* kan för tjänstgöring inom fredstandvården omkring 60 dagar möjligen accepteras som meningsfylld utbildningstid. Behovet av tandläkare bör i övrigt tillgodoses på annat sätt. Liknande synpunkter förs fram av *chefen för flygvapnet*. *Chefen för marinen* förordar att tandläkarbehovet vid

förbanden tillgodoses på samma sätt som läkarbehovet, d. v. s. genom avtalsanställning av prestationsavlönade tandläkare. Att de värnpliktiga tandläkarna skall delta i fredstandvården kan inte godtas, eftersom hela värnpliktstiden fordras för utbildningen i krigsbefattning och tjänstgöring utöver vad som fordras för denna utbildning synes vara en form av tjänsteplikt. *Försvarets civilförvaltning* och *försvarets sjukvårdsstyrelse* sätter också i fråga lämpligheten av att värnpliktiga tandläkare i föreslagen utsträckning utnyttjas för arbete, som inte har samband med deras utbildning för krigsbefattning. Sjukvårdsstyrelsen anser att beredningen inte tillräckligt byggt under sitt avvisande av tanken att tillgodose tandläkarbehovet med prestationsavlönade tandläkare. Enligt ämbetsverket kan man inte räkna med att de värnpliktiga tandläkarna skall kunna tas i anspråk i mer än högst 60 dagar.

Medicinalstyrelsen, som räknar med att värnpliktstiden för tandläkare skall kunna förkortas till 420 dagar, anser att det bör vara möjligt att förverkliga beredningens tandvårdsprogram genom att utnyttja de värnpliktiga tandläkarna under vardera 60 dagar. Ämbetsverket räknar nämligen med att tandvårdsbehovet som nyss nämnts kommer att nedgå och att de värnpliktiga tandläkarna skall kunna utnyttjas intensivare i tandvårdsarbetet, speciellt som deras tjänstgöring kommer att tillgodoräknas som tjänstemerit. Skiljaktig mening har emellertid uttalats på denna punkt. Två reservanter anser inte att tjänstgöringen kan begränsas till mindre än 110 dagar vid reformens ikraftträdande. *Universitetskanslern* finner det principiellt otillfredsställande att värnplikten tas i anspråk för att tillgodose behovet av tandläkare. *Värnpliktskommittén* finner det för sin del rimligt att viss del av tandläkarnas värnpliktstjänstgöring utnyttjas för fredstandvården vid förbanden. Tandläkarna bidrar härigenom till att säkerställa utbildningen för andra värnpliktiga. Tjänstgöringen bör dock så långt möjligt organiseras så, att tandläkaren erhåller vidgat erfarenhetsunderlag för sina krigsuppgifter. Omfattningen av tjänstgöringen inom fredstandvården synes i väsentlig grad böra styras av en bedömning av resursavvägningen mellan militär fredstandvård och andra aktiviteter. *Landstingsförbundet* understryker att, om beredningens förslag rörande militärtandvårdens organisation skall kunna förverkligas, den värnpliktige tandläkaren f. n. inte kan medges kortare tjänstgöringstid i fredstandvårdsarbete än 140 dagar. *LO, TCO* och *SR* har inte haft något att erinra mot beredningens förslag.

SACO, studentkårerna och *tandläkarorganisationerna* avvisar däremot bestämt beredningens förslag. Militärtjänstgöringen för tandläkarna bör liksom för andra värnpliktiga inriktas på utbildningen för krigsbefattning. Det anses strida mot gängse värderingar och värnpliktens idé att en medborgargrupp skall kunna tvångskommenderas att utöva sitt civila yrke mot låg ersättning. Tjänstgöring utan utbildningssyfte måste betraktas som otillbörligt utnyttjande av arbetskraft. Särskilt anses de privatpraktiserande tandläkarna komma att diskrimineras. Beredningens system skulle vidare leda till slöseri med tandvårdsresurser, bl. a. genom att vissa privatpraktiker måste stängas, och till effektivitetsförluster till följd av täta tandläkarbyten och otillfredsställande motivation för tjänstgöringen. Om tjänstgöringen förläggs på sätt som beredningen föreslagit, kommer den att i stor utsträckning drabba unga tandläkare som är starkt skuldsatta. Berörda remissinstanser förordar därför att tandläkarbehovet tillgodoses av fast anställd personal. Denna bör kunna rekryteras utan att folktandvården blir lidande. Övergångsvis kan även värnpliktiga tandläkare behöva anlitas men omfattningen av denna verksamhet bör successivt bringas ned. Den föreslagna ordningen skulle enligt SACO inte behöva bli nämnvärt dyrare än beredningens förslag. För att lösa uppstående övergångsproblem föreslår tandläkarorganisationerna slutligen att antalet tjänster för extra försvarstandläkare ökas och att vissa halvtidstjänster behålls. Vid mindre förband bör timavlönade tandläkare kunna anstäl-

las eller tandvården ordnas som remisstandvård.

5.7.3 Folktandvårdsutredningen

Ett genomförande av tandvårdsberedningens förslag *utan* samband med ett utbyggande av ungdomstandvården skulle, såsom av remissyttrandena framgår, möta avsevärda svårigheter. Dels skulle det kräva en oproportionerligt stor odontologisk insats på grund av det tandstatus som de värnpliktiga f. n. kan förutsättas ha, dels skulle krävas en betydande insats av värnpliktiga tandläkare, vilket föranlett vägande principiell kritik från de militära myndigheternas, UKÄ:s, SACO:s och tandläkarorganisationernas sida. Ändå skulle de värnpliktiga under grundutbildningen icke kunna beredas fullständig tandvård utan få nöja sig med en mera begränsad sådan. Därjämte får man räkna med att vuxentandvården i vissa folktandvårdsdistrikt med militära förläggningsorter skulle kunna bli åsidosatt i högre grad än f. n., i vart fall om förslaget skulle genomföras inom de närmaste åren.

Med hänsyn till vad sålunda anförts har folktandvårdsutredningen funnit starka skäl tala för att ett övertagande av den militära fredstandvården sker först efter viss utbyggnad av ungdomstandvården, syftande till att successivt utfylla den lucka som nu finns mellan skoltandvårdens slut och militärtandvården. Motivet för ett uppskov är desto starkare som en utbyggnad av ungdomstandvården i och för sig är mycket angelägen på sätt närmare utvecklats i föregående kapitel.

Utredningen har — mot bakgrunden av förut redovisat siffermaterial rörande folktandvårdens beräknade utvecklingstakt — ansett sig kunna utgå från att det skall bli möjligt för landstingen att under loppet av en 5-årsperiod, räknat fr. o. m. den 1 juli 1971, successivt omhändertaga först 17-åringarna, därefter 18-åringarna och till sist 19-åringarna inom ramen för den organiserade tandvården. Med en sådan utbyggnadstakt synes det också bli möjligt för landstingen att med början fr. o. m. 1973 för den militära fredstandvården avsätta en tandvårdskapacitet av 100 000 av de ca 150 000 tandläkartimmar, som enligt tandvårdsberedningens förslag skulle ankomma på de värnpliktiga tandläkarna att bestrida. Efter 1975, då den s. k. tandvårdsluckan kan beräknas vara praktiskt taget fylld, bör behandlingstiden per värnpliktig ha sjunkit till inemot hälften av den av tandvårdsberedningen beräknade tiden av 4 timmar, vilket med en värnpliktskontingent av 50 000 man motsvarar drygt 100 000 timmar.

Under åren 1973—75 torde man bli hänvisad till att antingen anlita värnpliktiga tandläkare för bestridande av återstående timmar eller också i motsvarande mån begränsa den militära tandvårdens omfattning. Med hänsyn till den kritik som från såväl principiella som praktiska synpunkter riktats mot värnpliktiga tandläkares anlitande för ombesörjande av fredstandvården anser utredningen det senare alternativet vara att föredraga, helst som den angivna tidsramen i stort sett torde medgiva en utökad tandvård för de värnpliktiga i förhållande till vad eljest skulle bli fallet. Enligt uppgift från försvarets sjukvårdsstyrelse har nämligen antalet värnpliktiga tandläkare minskat avsevärt under senare år och så beräknas bli fallet även under de närmaste åren. Antalet tjänstgöringsmånader för dessa tandläkare uppgick sålunda år 1965 till 660, år 1967 till 600 och beräknas för 1969 och 1970 nedgå till 550 resp. 450, vilket innebär avsevärt försämrade möjligheter för försvaret att tillgodose de värnpliktigas tandvård. Hinder bör dock ej möta att — i vart fall efter eget åtagande — i fortsättningen anlita till krigstjänst odugligförklarade samt vapenfria tandläkare för ifrågavarande ändamål. Efter år 1975 kan rekryteringen till folktandvården — med hänsyn till den totala ökningen av tandvårdskapaciteten i riket — beräknas bli så förbättrad att de värnpliktiga successivt kan erbjudas en lika fullständig tandvård som övrig ungdom. Härvid har utredningen

även räknat med den tandvårdsinsats som fullgörs av nuvarande försvarstandläkare. Med en sådan utbyggnad av den militära fredstandvården bör sjukvårdshuvudmännen kunna överta ansvaret för densamma utan att folktandvårdens klientel i övrigt blir lidande i någon mera väsentlig omfattning.

Detta gäller riket i dess helhet. Stor vikt måste emellertid tillmätas folktandvårdens situation på de militära förläggningsorterna. I likhet med försvarets tandvårdsberedning har utredningen därför som nämnts låtit genomföra en särskild undersökning i ämnet i form av en rundfråga till folktandvårdens huvudmän. Denna utvisar att de militära förläggningsorterna har tillsammans ca 120 distriktstandpolikliniker för blandad barn- och vuxentandvård med tillhopa ca 585 inrättade tjänster per den 1 januari 1968. Vid dessa kliniker fanns den 1 oktober 1967 tillsammans 107 vakanta tjänster (ej besatta med ordinarie innehavare), vilket motsvarar 18 % av hela antalet tjänster. 17 av dessa tjänster uppehölls vid denna tidpunkt av vikarie. Endast vid 8 kliniker kan vakanssituationen betecknas som besvärande. Vid övriga kliniker redovisas i 12 fall inga vakanser och i likaledes 12 fall endast en vakant tjänst.

Vakanssituationen torde därför kunna betecknas som relativt god den 1 oktober 1967 och bör rimligen vara ännu bättre år 1973. Antalet behandlade barn i åldern 3—16 år understeg endast i 11 distrikt genomsnittet för riket (ca 50 %). Av dessa distrikt låg ej mindre än 5 i Stockholms län, där inflyttningen av barn i dessa åldrar är särskilt stor. Av övriga 41 distrikt uppnådde 24 en behandlingskvot över 70 % av barnen i nämnda åldrar, vilket ur den synpunkt varom här är fråga, får anses godtagbart. Mot bakgrund av dessa och senare uppgifter har man grundad anledning anta, att ett inordnande av den militära fredstandvården i folktandvården vid angiven tidpunkt icke skall behöva möta allvarliga personella svårigheter annat än i enstaka distrikt. Dessa svårigheter torde i viss mån kunna bemästras genom anställande på deltid av privatpraktiserande eller andra tillgängliga tandläkare.

5.8 *Övergångsanordningar och ersättningsgrunder*

5.8.1 Försvarets tandvårdsberedning

I samband med att sjukvårdshuvudmännen övertar ansvaret för den militära fredstandvården förutsätts krigsmaktens tandläkare och tandsköterskor i allmänhet gå över till folktandvårdsanställning. Försvarstandläkarna anses i sina krigsbefattningar utan större olägenhet kunna ersättas av värnpliktiga tandläkare. Flertalet av de nuvarande försvarstandläkarna bör erbjudas kvarstå som poliklinikföreståndare, fast vederbörande blir folktandvårdsanställd. Avtal förutsätts före övertagandet träffas med berörda personalorganisationer om att försvarstandläkare m. fl. skall gå över i folktandvårdens tjänst och om de förpliktelser mot personalen som sjukvårdshuvudmännen härvid skall ikläda sig. Vid överförandet av berörda statliga tjänstemän till folktandvården förutsätts de skola gå över till motsvarande befattningar upptagna i huvudmännens tjänsteförteckningar, varvid bestämmelserna i respektive kommunförbunds kollektivavtal m. m. kommer att tillämpas. Härvid bör försvarstandläkarna få behålla sin civilmilitära ställning och 21 timmars arbetsvecka jämte rätt att bedriva praktikverksamhet vid sidan härav.

Lönevillkor, semester- och sjuklöneförmåner, pensionsförmåner m. m. för den här berörda personalen bör enligt tandvårdsberedningens uppfattning bli föremål för förhandlingar i sedvanlig ordning. Härvid har förutsatts att personalens lönevillkor icke försämras, varjämte ifrågasatts att staten skall svara för samtliga pensionskostnader för den tandvårdspersonal, som är anställd vid övergången. Allmänt framhåller beredningen, att det är väsentligt att åtgärder vidtas som underlättar försvarstandvårdspersonalens övergång för att det militära tandvårdsprogrammet skall kunna förverk-

ligas utan att alltför hårt belasta folktandvårdens trängda resurser.

De militära tandpoliklinikerna förutsätts i stort sett omvandlade till annextandpolikliniker till befintliga distriktstandpolikliniker. Staten tillhandahåller alltså, om inte annat framgår av lokalt avtal, lokaler för tandpolikliniker vid förbanden och skall svara för reparation och underhåll av dessa. Landstinget betalar skälig lokalhyra med belopp varom överenskommelse träffas i varje särskilt fall. Före överlåtelsen rustas befintliga behandlingsrum upp till godtagbar standard genom fortifikationsförvaltningens försorg och i samråd med landstinget. I de fall nybyggnad av lokaler för tandpolikliniker kommer i fråga bör överenskommelse om lokalisering m. m. träffas mellan staten och landstinget. Staten överlåter vid övertagandet till landstinget vederlagsfritt och med full äganderätt befintlig tandvårdsutrustning, tandvårdsmateriel och inventarier vid de militära tandpoliklinikerna. Före överlåtelsen sker upprustning och komplettering till folktandvårdsstandard genom försorg av försvarets sjukvårdsstyrelse och i samråd med landstinget.

Att sjukvårdshuvudmännen övertar militär tandvårdsutrustning m. m. medför vissa svårigheter för den militära krigstandvården. Landstinget måste därför förbinda sig att till förhindrande av lagringsförluster medverka till att materiel som anskaffats för den militära krigstandvården används inom folktandvården under förutsättning att materielen fyller föreskrivna fordringar och tillhandahålls till skäligt pris. Eftersom folktandvården ur personalsynpunkt m. m. torde ha svårigheter att åta sig att trygga driften vid de militära poliklinikerna under beredskapstillstånd och krig, bör möjligheter skapas att i ett skärpt läge, efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen, bedriva erforderlig tandvård vid depåpoliklinikerna i militär regi.

Som tidigare anförts förutsätts staten i princip ersätta huvudmännens kostnader för den militära fredstandvården. I denna ersättning bör kalkyleras in ersättning för dels arbetsledning och administration, dels annan tandläkarpersonal än värnpliktiga tandläkare, dels tandsköterskepersonal, dels ock materialåtgång, materielförslitning m. m. Det anses nödvändigt att beräkna driftkostnaderna efter viss schablon. Varje landsting föreslås erhålla ett driftbidrag för presterade tandvårdstimmar inom militärtandvården enligt följande grunder.

Som debiteringsnorm används de totalkostnader som åvilar folktandvården inom landstingsområdet per tandvårdstimme (löner, personalförsäkringskostnader, lokalkostnader, materialkostnader, ersättning och underhåll av utrustning och inventarier, avskrivning och räntor samt administration). Från totalkostnaderna borträknas dock kostnaderna för tandteknikerarbeten.

För tandvårdstimmar som presterats av folktandvårdens tandläkare debiteras staten enligt nyssnämnd timkostnad, sedan den tid borträknats som presterats av värnpliktiga tandläkare för eventuell vård av civila patienter. För tandvårdstimmar som eljest presterats av värnpliktiga tandläkare debiteras staten enligt samma timkostnad minskad med den genomsnittliga tandläkarlönekostnaden (löner, personalförsäkringskostnader och tantiem) inom landstingsområdet per timme. Kostnader för tandteknikerarbeten debiteras enligt gällande taxa för kommersiella laboratorier med för folktandvården gällande rabatter.

Statens kostnader för militärtandvården skulle efter sjukvårdshuvudmännens övertagande till väsentlig del bestå av driftbidrag till huvudmännen. Dessförinnan skulle uppkomma vissa engångskostnader för upprustning av materiel och lokaler. Försvarets tandvårdsberednings beräkningar i fråga om kostnaderna innebar dels en engångsanskaffning av tandvårdsmateriel för inemot 2 milj. kr., dels ock en ökad årskostnad för driften av den militära fredstandvården med omkring 4,5 milj. kr. under försvarshuvudtiteln.

Vid en senare beräkning av engångskostnaderna för tandvårdsmateriel har försvarets sjukvårdsstyrelse uppskattat dessa till omkring 3,7 milj. kr. Tandvårdsberedningens beräknade timkostnad av 62 kr. för tandvårdstimme som presteras av folktandvårdens tandläkare har p. g. a. kostnadsutvecklingen inom folktandvården ansetts böra höjas till 75 kr.

5.8.2 Remissinstanserna

I fråga om *den militära tandvårdspersonalens övergång* i folktandvårdens tjänst framhåller *överbefälhavaren* och *försvarets civilförvaltning* att det inte är säkert att den av beredningen förutsatta förstärkningen av folktandvården med f. d. försvarstandläkare kommer till stånd. *Medicinalstyrelsen* finner föreslagna övergångsanordningar rimliga men framhåller vikten av att ledigblivna tandläkartjänster återbesätts på liknande villkor som andra tjänster inom folktandvården. *Landstingsförbundet* föreslår att försvarstandvårdspersonalens önskemål om övergång till folktandvårdsanställning snarast utreds och understryker önskvärdheten att erforderliga avtal med personalorganisationerna träffas före riksdagsbehandlingen av ärendet. Förbundet förbehåller sig rätt att återkomma till de frågor rörande bl. a. pensioneringssystemet som väckts under hand av förbundsföreträdarna i beredningen. *Stadsförbundet* förutsätter att den berörda personalen får behålla sin statliga pensionsrätt och att staten skall svara för kostnaderna härför liksom för kostnaderna för avlösning av de bättre förmåner som kan komma att utgå i förhållande till de villkor, som gäller för folktandvårdens personal.

Beredningens förslag rörande *upprustning m. m. av lokaler och materiel* för den militära fredstandvården har i allmänhet inte mött någon erinran. *Försvarets sjukvårdsstyrelse* hävdar, att de materiella brister som konstaterats måste hävas men att standarden inte nödvändigtvis behöver nå upp helt i nivå med folktandvården, om ämbetsverkets organisationsförslag följs. Ämbetsverket är vidare övertygat om att en upprustning av lokalerna till folktandvårdsstandard skulle kräva betydande ombyggnader m. m. Behålls tandvården i militär regi torde inte alldeles samma pretentioner på lokalerna behöva ställas. *Fortifikationsförvaltningen* pekar på att lokalbehoven för tandvård ständigt måste ställas i relation till andra trängande lokalbehov vid förbanden. De byggnadsåtgärder som erfordras för att höja tandvårdslokalernas standard måste därför genomföras under en väsentligt längre tidsperiod än beredningen förutsatt. *Försvarets personalvårdsnämnd* hävdar att tandpoliklinikernas standard under alla förhållanden måste förbättras.

Beträffande *kostnaderna* för upprustningen anser *ÖB* och *chefen för armén* att dessa är så stora och av sådan karaktär att de inte i sin helhet bör belasta försvarshuvudtiteln. ÖB anser dessutom att beredningen kalkylerat kostnaderna för upprustningen av poliklinikerna för lågt. Samma uppfattning hyser *försvarets civilförvaltning* och *försvarets sjukvårdsstyrelse*. Enligt civilförvaltningen synes ett överförande av militärtandvården till folktandvården kunna övervägas endast om försvaret inte åsamkas några väsentliga kostnadsökningar. Om målsättningen inte sätts högre än som är ekonomiskt försvarbart torde de brister som finns inom försvarstandvården kunna avhjälpas med betydligt mindre kostnadskrävande åtgärder. Försvarets sjukvårdsstyrelse pekar på de stora kostnadsökningar som beredningens förslag medför för försvarshuvudtiteln. Dessa kostnadsökningar anses inte bli lika stora om försvaret behålls som huvudman.

De föreslagna beräkningsgrunderna för statens driftbidrag har icke föranlett något uttalande av remissinstanserna.

5.8.3 Folktandvårdsutredningen

Enligt sina direktiv har utredningen att överväga formerna för statens ersättning till sjukvårdshuvudmännen för meddelad tandvård och därvid undersöka olika alternativ. Ett av alternativen skall bygga på att staten erlägger avgifter enligt taxa.

I likhet med tandvårdsberedningen utgår folktandvårdsutredningen från att staten skall betala *engångskostnaderna* för upprustning av de militära tandvårdspoliklinikernas lokaler och materiel för sig. Utredningen ingår därför icke på någon omprövning av dessa kostnader och sättet för deras bestridande utan begränsar sig till att understry-

ka angelägenheten av att upprustningen sker i nära samråd med vederbörande huvudman för ernående av rationell samordning med folktandvården. Utredningen, som inhämtat att upprustningen påbörjats, förutsätter vidare att densamma fullföljs i snabb takt och är i allt väsentligt genomförd före sjukvårdshuvudmännens övertagande av ansvaret för tandvården.

Beträffande *driftkostnaderna* räknar folktandvårdsutredningen liksom tandvårdsberedningen med att flertalet försvarstandläkare och tandsköterskor skall övergå till folktandvården och att vid de förhandlingar, som avses skola föras mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, nuvarande lönevillkor icke kommer att försämras. Även i övrigt anser utredningen sig kunna godtaga de utgångspunkter tandvårdsberedningen haft för driftkostnadernas beräknande.

För statens ersättning till huvudmännen erbjuder sig då närmast följande alternativ.

A. Varje sjukvårdshuvudman erhåller ett *driftbidrag per tandvårdstimme* som presterats inom militärtandvården. Som debiteringsnorm används de totalkostnader som åvilar folktandvården inom landstingsområdet per tandvårdstimme, sedan kostnaderna för tandteknikerarbeten borträknats. Staten debiteras det antal tandvårdstimmar, som under föregående år presterats av folktandvårdens tandläkare samt ev. av värnpliktiga tandläkare. Från kostnaderna för de sistnämnda timmarna borträknas i så fall den genomsnittliga tandläkarlönekostnaden (löner, personalförsäkringskostnader och tantiem) inom huvudmannaområdet per timme. Kostnader för tandteknikerarbeten debiteras enligt gällande taxa för kommersiella laboratorier med för folktandvården gällande rabatter. (Tandvårdsberedningens förslag.)

B. Statens ersättning grundas på en av Kungl. Maj:t *fastställd taxa,* som i princip innebär full kostnadstäckning. Denna taxa förutsätts gälla för riket i dess helhet och vid genomförande av en allmän tandvårdsförsäkring ligga till grund för den för försäkringen gällande återbäringstaxan.

För att kunna bedöma utfallet för de olika huvudmännen av en sådan taxa har utredningen tagit del av visst material, som socialstyrelsen låtit införskaffa till belysande av huvudmännens kostnader för distriktstandvårdens bedrivande under år 1967. Materialet bygger på uppgifter från 23 huvudmän, vilkas bokföring innefattat tillräckligt specificerade uppgifter för att tillåta en saklig och rättvisande bedömning. Vid bearbetningen av materialet har av praktiska skäl kostnaderna för tandtekniker-arbetet redovisats för sig, enär åtskilliga behandlingar ej kräver medverkan av tandteknisk personal. Sådan medverkan krävs nämligen i huvudsak inom den taxebelagda tandvården, medan den är sällan förekommande inom den organiserade barntandvården. Då verksamheten är av mycket skiftande omfattning i de olika sjukvårdsområdena, har kostnaderna uträknats för en gemensam enhet, fullgjord tjänstgöringstimme per tandläkare.

När det gäller kostnaderna i behandlingsrummet, d. v. s. utan laboratoriekostnader, anses dessa vara praktiskt taget desamma inom barntandvården som inom vuxentandvården. En mera påtaglig skillnad uppkommer först vid en avsevärd skillnad i tandläkarnas tantieminkomst per timme i taxebelagd vård och i barntandvård. Detta förhållande är emellertid ej väsentligt, och man har här ansett sig kunna bortse därifrån. De för arbetet i behandlingsrummet uppkommande sammanlagda kostnaderna har sålunda fördelats på totalantalet fullgjorda tjänstgöringstimmar för tandläkare inom resp. huvudmannaområde. Kostnaderna för laboratoriearbete har av förut angivna skäl endast fördelats på tjänstgöringstimmar inom taxebelagd vård.

Undersökningsresultatet har sammanställts i *bil. 3.* Denna utvisar, att kostnaden per tandläkartimme i behandlingsrummet för de olika huvudmännen varierade mellan kr. 63:09 (Blekinge) och kr. 102:34 (Norrbotten); genomsnittskostnaden uppgick till kr. 81:04. För en mellangrupp av 13 huvudmän varierade timkostnaden mellan kr. 78:11 och 83:42, alltså en relativt liten variationsbredd.

Kostnaderna för laboratoriearbeten uppvisade jämväl stora variationer, nämligen mellan kr. 16:13 (Göteborgs stad) och 44:15 (Västerbotten). Genomsnittskostnaden uppgick till kr. 24:85 per tandläkartimme. Till detta resultat anses många faktorer ha medverkat. Detta gäller i första hand omfattningen av sådana arbeten som kräver tandteknikers medverkan men även tandläkarnas större eller mindre snabbhet i arbetet och därigenom medhunnen mängd av dylika arbeten. En faktor, som också påverkat kostnaderna, är den utsträckning, i vilken främmande laboratorier anlitas. De därvid uppkommande kostnaderna för de olika arbetena ligger avsevärt högre än motsvarande kostnader, som uppkommer vid anlitande av egna laboratorier.

I anslutning härtill har verkställts en utredning rörande vederbörande huvudmäns inkomster av influtna avgifter inom den taxebelagda delen av distriktstandvården år 1967. Denna utredning utvisar en genomsnittsinkomst av kr. 46:77 per tandläkartimme med en variation av kr. 27:96 (Göteborgs stad) och 65:97 (Västerbotten). Utredningen gav samtidigt vid handen, att nuvarande folktandvårdstaxa skulle behöva mer än fördubblas för att åstadkomma en genomsnittlig kostnadstäckning för huvudmännen i fråga.

Mot bakgrunden av de stora variationer mellan huvudmännen beträffande både utgifter och inkomster för distriktstandvården, som den ovan redovisade utredningen utvisar, kan folktandvårdsutredningen för sin del icke förorda alternativet med ersättning enligt en självbärande taxa gemensam för hela riket. Ett sådant alternativ skulle i allt fall under de närmaste fem åren efter fredstandvårdens övertagande medföra en alltför ojämn kostnadstäckning de olika huvudmännen emellan. Det av tandvårdsberedningen föreslagna alternativet skulle däremot i allt väsentligt bereda varje huvudman täckning för sina kostnader för den militära fredstandvården.

Efter en övergångstid av fem år kan tandvården för de värnpliktiga beräknas till allra största delen komma att omfatta fall, som erhållit regelbunden tandvård under ungdomsåren. Därmed torde avsevärt större möjligheter yppa sig att nå fram till en mera enhetlig beräkning av den militära fredstandvårdens kostnader. En omprövning kan då ske i syfte att klarlägga huruvida och i vad mån statens ersättning kan utgå i form av ett schablonmässigt bidrag, gemensamt för hela militärtandvården. Detta bidrag borde då göras indexreglerat. På detta sätt skulle en viss förenkling av den administrativa handläggningen av ersättningsfrågan kunna vinnas.

I enlighet med den ståndpunkt folktandvårdsutredningen sålunda intagit till frågan om den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården har utredningen överarbetat det förslag till normalavtal, som bilagts tandvårdsberedningens betänkande (SOU 1966:58). Resultatet av överarbetningen, som närmast sammanhänger med att de värnpliktiga tandläkarna befrias från obligatorisk tjänstgöring inom tandvården, redovisas i *bil. 4*.

Vid ett godtagande av utredningens förslag rörande den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården kan statens årliga merkostnader, frånsett engångsutgifterna för lokaler och materiel, överslagsvis beräknas sålunda.

Efter en timkostnad av 81 kronor per tandläkartimme skulle ersättningen till sjukvårdshuvudmännen uppgå till i runt tal (81 × 100 000) 8 100 000 kr. per år för den tid som nu fullgörs av värnpliktiga tandläkare. Härtill kommer utgifter för tandtekniska arbeten, som är svåra att på förhand uppskatta men som efter hand som ungdomen uppnår värnpliktsåldern med sanerat bett kan beräknas bli tämligen ringa. Å andra sidan bortfaller nuvarande kostnader för den del av militärtandvården, som fullgörs av värnpliktiga tandläkare. Dessa torde kunna uppskattas till ca 1 100 000 kr. i avlöningar för tandsköterskepersonal samt 150 000 kr. i omkostnader eller tillhopa 1 250 000 kr. Vidare befrias staten framdeles från utgifter för nyanskaffning av tandvårdsutrustning, som visserligen f. n. är låga men som måste väsentligt höjas, om staten

alltjämt skulle ombesörja de värnpliktigas tandvård. Kostnadsökningen torde därför kunna uppskattas till i runt tal 6 850 000 kr. årligen, exklusive utgifter för nyanskaffning av tandvårdsutrustning. Utredningen har därvid icke tagit hänsyn till de kostnader som åvilar staten för varje värnpliktig.

6 Vuxentandvårdens utbyggande och samordning med en allmän tandvårdsförsäkring

Enligt meddelade direktiv är det särskilt angeläget att folktandvården för vuxna, som förutsätts alltjämt bli avgiftsbelagd och taxebunden, utbyggs så att tandvårdsmöjligheterna inom glesbygderna säkerställs. På något längre sikt bör eftersträvas, att folktandvården kan svara för en större andel av den samlade vuxentandvården och därigenom bli vägledande för arvodessättningen inom tandvården i dess helhet. Vidare bör olika vägar övervägas i syfte att motverka risken för att en allmän tandvårdsförsäkring medför omotiverade arvodeshöjningar inom privattandvården.

F. n. ombesörjs ungefär 17 % av den totala vuxentandvården av folktandvården; huvudparten härav utgör akuta fall. Skillnaden är dock stor mellan städer och landsbygd. Enligt en av medicinalstyrelsen i september 1966 gjord undersökning beträffande förhållandena i de fem norrlandslänen jämte Kopparbergs, Värmlands, Gotlands och Blekinge län var folktandvårdens relativa insats på landsbygden i dessa län ungefär dubbelt så stor som i dithörande städer, motsvarande ca 67 % respektive 35 % av hela antalet tandläkare i dessa län. Endast en mindre del av folktandvårdens insats torde därvid ha kommit de vuxna till godo. Situationen torde sedan dess ha något förbättrats men kvar står, att en avsevärd utbyggnad av distriktstandvården krävs redan för glesbygdslänens del. Vid sidan härav erfordras en utbyggnad av distriktstandvården i minst sådan omfattning, att den kan fungera tillfredsställande även i övriga delar i riket, d. v. s. så att nuvarande onormalt långa väntetider för de vuxna försvinner och en mera regelbunden tandvård kan lämnas dem som så önskar. Därmed skulle en bättre balans uppstå mellan de akuta och regelbundna fallen inom distriktstandvården, vilket i sin tur skulle gynnsamt påverka folktandvårdens renommé bland både allmänheten och tandläkarna.

I detta sammanhang vill utredningen rikta uppmärksamheten på behovet av ökad profylax inom vuxenklientelet. Ett organiserat profylaxarbete för folktandvårdens vuxenklientel har hittills inte kunnat bedrivas annat än i en mycket begränsad omfattning. Förefintliga arbetsresurser har i första hand måst sättas in för att söka uppfylla målsättningen beträffande barnklientelet och behandla de akuta fallen inom vuxenklientelet. De långa väntetiderna för övriga vuxna har omöjliggjort ett rationellt profylaxarbete, som till sin natur måste bygga på en regelbunden uppföljning och efterkontroll av insatta åtgärder. Först inom ett revisionsklientel, där återbesökens frekvens bestäms av varje patients behov, kan verkliga möjligheter skapas för en effektiv tandhälsovård.

Målsättningen för tandhälsovårdsarbetet inom vuxenklientelet är i princip densamma som för barn- och ungdomstandvården. Det innebär att man i så stor utsträckning som

möjligt söker förebygga uppkomsten av karies och parodontit samtidigt som man söker förhindra att redan förefintliga skador förvärras. En förskjutning av arbetsuppgifterna äger dock rum inom vuxentandvården i och med att tandlossningssjukdomens svårare former oftast manifesterar sig först i 30—40-årsåldern, låt vara att parodontitens begynnelsesymtom i form av tandköttsinflammation yppar sig redan hos flertalet skolungdomar. Karies kan däremot hos många patienter uppvisa en sjunkande frekvens i medelåldern. Man kan därför påstå att förebyggandet av tandlossningssjukdomen och dess fortskridande blir en av profylaxens väsentligaste arbetsuppgifter när det gäller vuxenklientelet.

Inom barn- och ungdomstandvården kan man till stor del bygga på kollektiva åtgärder inom tandhälsovården. Dessa förutsättningar föreligger inte i samma utsträckning när det gäller vuxenklientelet. Mer individuellt inriktade åtgärder måste här tillgripas. Samtidigt har man dock kanske anledning att i större utsträckning räkna med en bättre medverkan från patientens sida, om motiven klarläggs på tillfredsställande sätt.

Hur bör då tandhälsovården för vuxna utformas? Man torde här få gå fram på olika vägar. Av stor vikt är att den under skoltandvården insatta lokala fluorprofylaxen fortsätter under vuxen ålder, även om en mer allmänt utbredd vattenfluoridering kommer till stånd. Genom att kombinera lokal fluorapplikation med tandborstning erhåller man profylaktisk verkan mot såväl karies som parodontit. I fall av grava kariesskador får man också tänka sig en komplettering med fluorpenslingar.

Då parodontitprofylaxen kommer att dominera inom vuxenklientelet, måste särskild vikt läggas vid de munhygieniska åtgärderna. Dessa bör av antydda skäl utformas så individuellt som möjligt för att önskvärd effekt skall ernås.

En annan väsentlig del i tandhälsovårdsarbetet är kostrådgivningen. Den bör starta med upptagande av en detaljerad undersökning av patientens kostvanor (kostanamnes). Viss allmän information bör kunna ges patienten med hjälp av audiovisuella program och broschyrer för olika åldrar. Detta bör sedan lämpligen kompletteras med en mera individuell rådgivning av tandläkaren. Svårutredda fall med onormal kariesaktivitet bör närmare utredas vid den typ av tandhälsovårdsavdelningar, som tillskapats på några platser här i landet. Lämpligen bör där kostfrågan utredas av en dietist. Detta understryker angelägenheten av en ökad utbildning av dylik personal, en utbyggnad som är av behovet påkallad även ur allmän hälsovårdssynpunkt.

Tandhälsovårdsarbetet för vuxenklientelet bör ledas och planeras av tandläkaren. Det kan dock knappast anses rationellt att alla arbetsmoment utförs enbart av tandläkare. Andra grupper av personal måste också kopplas in på detta mycket omfattande arbete. I första hand bör tandhygienister kunna lämna tandläkaren direkt assistans i det profylaktiska arbetet. Därjämte bör dessa mera självständigt biträda med att instruera patienterna i olika munhygieniska åtgärder och övertyga patienter om nyttan härav. Deras utbildning är vidare så upplagd att de har särskilda förutsättningar att utföra tandhälsovård på det speciella klientel som finns på långvårdskliniker, handikappinstitutioner m. m.

Den blygsamma utbildningen av tandhygienister hittills här i landet gör emellertid att man för lång tid framåt nödgas räkna med att endast större folktandvårdspolikliniker får tillgång till hygienistassistans. Inom övriga polikliniker får man lösa avlastningen av tandläkarens tandhälsovårdsarbete på annat sätt. F. n. utbildar socialstyrelsen ett visst antal tandsköterskor i fluorprofylax. Det bör övervägas, om inte denna utbildning övergångsvis bör vidgas så att dessa sköterskor även blir lämpade att i begränsad omfattning ge instruktioner i munhygieniska åtgärder åt vuxenklientelet.

Mycket av tandhälsovårdsarbetet måste som förut berörts bygga på en allmän information och instruktion i tandvårdsprofylaktiska frågor. För att detta skall kunna ske så effektivt och arbetsbesparande som möjligt måste modern audiovisuell teknik

tas i anspråk. F. n. finns på marknaden en rad lämpliga audiovisuella enheter (AV-enheter) för bruk antingen vid information för enstaka personer eller för mindre grupper och på många håll är poliklinikerna redan utrustade med sådana enheter. Fördelaktigt vore om samtliga polikliniker kunde förses med lämpliga AV-enheter samtidigt som de utrustas med övrigt informationsmaterial i form av modeller, planscher och skisstavlor.

En del för vuxenklientelet lämpade informationsprogram, avsedda för olika typer av AV-enheter, finns vidare tillgängliga. Flera sådana behövs emellertid. Utredningen räknar för sin del med att den nyligen bildade samarbetsgruppen för tandhälsoupplysning, där bl. a. landstingsförbundets tandhälsoråd är representerat, kommer att aktivt medverka till framställning och distribution av lämpliga program.

Vad som nu sagts om medverkan av olika assisterande personalgrupper och användandet av olika tekniska hjälpmedel får inte undanskymma det faktum att den enskilde tandläkaren är den som bär ansvaret för den tandhälsovårdande verksamheten. Diagnostiken, val av lämpliga profylaktiska medel samt icke minst uppföljningen av att insatt profylax verkligen har någon effekt måste åvila tandläkaren. I sistnämnda hänseende bör eftersträvas att ett kallelsesystem läggs upp vid varje poliklinik, så att patienter kan återkallas med det intervall som är nödvändigt med tanke på patientens individuella behov och aktuella sjukdomssituation. Vidare bör journalerna utformas så att lämpligt utrymme avsätts för anteckningar om de tandhälsovårdsåtgärder som insatts och de som planeras. Detta ger en överskådlighet av behandlingsplanen och underlättar uppspaltningen av vården på flera personalkategorier.

Slutligen må framhållas, att nuvarande profylaktiska åtgärder kan förutses bli kontinuerligt kompletterade och eventuellt ersatta med andra metoder allteftersom den odontologiska forskningen gör framsteg. Ett intensivt forskningsarbete pågår nämligen f. n. inom den odontologiska profylaktiken. Det är då viktigt att nya rön och utarbetade metoder snarast förs ut i det kliniska arbetet. Tandhälsovårdsavdelningarna inom landstingen har här en stor uppgift att fylla genom att via kurser, seminarier, rundskrivelser m. m. aktivera och stimulera distriktstandläkarna att ständig hålla sig à jour inom tandhälsovårdens område. Auskultering vid dessa avdelningar, vartefter som de utbyggs, bör även vara en lämplig form för fortbildning.

Vad ovan anförts ställer relativt stora krav på utbyggnad av vuxentandvården, om denna skall kunna fungera rationellt. Det är givetvis vanskligt att ange en siffermässig ram för den sålunda erforderliga utbyggnaden, då de vuxnas krav på distriktstandvården kan förutsättas bli mycket varierande inom skilda sjukvårdsområden. Inte minst kan en allmän tandvårdsförsäkring, som i stort sett eliminerar skillnaderna mellan patientens direkta utlägg för tandvård i folktandvården och hos privatpraktiker, i väsentlig grad bidraga till att lätta efterfrågetrycket på folktandvården på de platser där privatpraktiker är tillgängliga. En utbyggnad av folktandvårdens kapacitet till att motsvara ca 30 à 35 % av den totala vuxentandvården synes dock under alla förhållanden vara motiverad för att säkra en ur rekryteringssynpunkt attraktiv fördelning mellan den organiserade barn- och ungdomstandvården å den ena samt vuxentandvården å den andra sidan och därmed i möjligaste mån tillgodose de vuxnas behov av tandvård. Hänsyn har därvid tagits till att fördelningen av tandvården mellan barn och ungdom samt vuxna av naturliga skäl kan bli väsentligt olika i glesbygd och tätort, där ett stort antal privatpraktiserande tandläkare finns. Om en utbyggnad därutöver erfordras för att skapa en ur funktionell synpunkt ändamålsenlig vuxentandvård torde kunna bedömas först efter det erfarenhet rörande de vuxnas efterfrågan vunnits.

Skall folktandvårdstaxan på sikt kunna bli vägledande för arvodessättningen inom vuxentandvården i dess helhet, såsom i direktiven framhållits som eftersträvansvärt, måste man dock räkna med en betydande

ytterligare utbyggnad av folktandvården. Enligt utredningens mening kan vägande skäl anföras för en sådan utbyggnad med hänsyn till de svårigheter som enligt vad nedan närmare utvecklas möter vid fastställande och tillämpning av en för alla tandläkare bindande taxa. I och för sig torde också en dylik utbyggnad vara möjlig med hänsyn till den stigande tillgången på tandläkare efter 1975. Sannolikt erfordras dock en lång övergångstid härför, även om utredningens i det följande framlagda förslag till rekryteringsbefrämjande åtgärder genomförs.

Vill man dessförinnan införa en allmän tandvårdsförsäkring, lär man icke kunna undvika en taxa, som är i princip bindande även för privattandläkarna, detta för att eliminera risken för omotiverade arvodeshöjningar. Svårigheter uppkommer då att avväga taxan så, att den motsvarar de f. n. mycket varierande självkostnaderna, inklusive en rimlig ersättning till tandläkarna för olika slags arbeten. Samtidigt måste beaktas att taxesättningen blir sådan, att den icke motverkar rekryteringen till folktandvården och därmed äventyrar dennas grundläggande uppgifter beträffande barn- och ungdomstandvården. Man måste också räkna med att särskilda svårigheter uppstår för glesbygderna, vars tandvårdsresurser icke kan beräknas få ett direkt tillskott genom införande av en allmän tandvårdsförsäkring; glesbygderna torde för sin tandvårdsförsörjning även fortsättningsvis bli praktiskt taget helt beroende av folktandvårdens rekryteringsmöjligheter. Enligt en av Sveriges tandläkarförbund år 1968 verkställd undersökning, grundad på en enkät till samtliga förbundet tillhörande privatpraktiserande medlemmar, finns visserligen en kapacitetsreserv, som beräknas motsvara ca 200 heltidsarbetande tandläkare, men denna reserv kan icke förväntas i någon nämnvärd grad komma glesbygderna tillgodo. Reservkapaciteten består nämligen däri, att ett relativt stort antal, huvudsakligen yngre tandläkare, förklarat sig kunna ta emot nya patienter i varierande omfattning och av dessa tandläkare torde endast ett fåtal av praktiska skäl kunna ställa sin reservkapacitet till glesbygdsbefolkningens förfogande. Däremot kan denna överskottskapacitet medverka till att andra yngre tandläkare föredrar en tjänst inom folktandvården i stället för verksamhet i privatpraktik. Likaså kan efterfrågeutvecklingen, som de framlagda prognoserna visar, även vid en tandvårdsförsäkring tänkas komma att understiga ökningen i tandvårdskapacitet. I så fall bör rimligtvis inte några ökade rekryteringsproblem för folktandvården i allmänhet uppstå.

Nu berörda förhållanden ger vid handen, att folktandvårdens möjligheter att under 1970-talet fylla sina uppgifter kan komma att i betydande grad påverkas av hur en allmän tandvårdsförsäkring utformas och när den kommer att träda i kraft.

I anslutning härtill vill utredningen erinra om att man utomlands på flera håll, bl. a. i Danmark, Västtyskland, Storbritannien och Irland, infört tandvårdsförsäkring med en bindande taxa. En redogörelse härför finns intagen i SOU 1965:4 (kap. 3), till vilken hänvisas. För Danmarks vidkommande tillämpas sedan den 1 december 1965 en ny överenskommelse mellan sjukkassornas centralförening och danska tandläkarföreningen av det huvudsakliga innehåll, som redovisas i *bil. 5*. Ett studium av förhållandena i nämnda länder ger vid handen att man i stort sett kan urskilja två olika system vid fastställande av en dylik taxa.

A. *Centrala avtal* mellan sjukkasse- och tandläkarorganisationer med fritt val för patienten bland anslutna tandläkare och med rätt för den enskilde tandläkaren att frånträda avtalet. Brott mot avtalet av den enskilde tandläkaren hänskjuts till ett samarbetsutskott eller till ett organ inom vederbörande tandläkarorganisation med rätt att meddela varning, ålägga böter eller skadestånd eller att utestänga tandläkaren från sjukkasseverksamhet (Danmark och Västtyskland).

B. *Enskilda avtal* genom att en tandläkare anmäler sig till offentlig förteckning, varmed följer skyldighet att följa vissa föreskrifter men också rätt att vid sidan därav driva privatpraktik. Å ena sidan gäller fritt

val för patienten bland de anmälda tandläkarna, å andra sidan rätt för tandläkarna att avvisa patient före behandlingen. Brott mot givna föreskrifter eller otillfredsställande behandling prövas av vederbörande myndighet (Storbritannien och Irland).

Ifrågavarande tandvårdsförsäkringar är olikt utformade både med avseende på de förmåner, som ersätts av försäkringen, och beträffande den prövning och kontroll, som är förbunden med förmånernas tillhandahållande. Å ena sidan har t. ex. tandläkaren i huvudsak frihet att bestämma arten och omfattningen av behandlingsåtgärderna inom ramen för försäkringen (Danmark och Västtyskland), å andra sidan sker en vidsträckt förhandsprövning genom vederbörande myndighet (Storbritannien och Irland). Vidare är taxorna tekniskt skiljaktiga såtillvida att en del taxor upptar fixa belopp för olika behandlingsåtgärder, medan andra taxor endast upptar poängvärden, som sedan ställs i relation till en på visst sätt bestämd multiplikator.

1961 års sjukförsäkringsutredning förordade för sin del icke någon bindande tandvårdstaxa utan föreslog en återbäringstaxa efter mönster från sjukförsäkringen — dock byggd på ersättning efter prestation i varje särskilt fall i stället för den s. k. grupprincipen — ett förslag som framkallat betänkligheter hos åtskilliga remissinstanser. Någon form av förhandsgranskning ansågs ej heller påkallad, då utredningens förslag innebar, att den försäkrade i fråga om dyrbara arbeten endast skulle få en mindre del av utgifterna härför täckta genom försäkringen. Utredningen tänkte sig i stället en liknande kontrollverksamhet som inom sjukförsäkringen med anlitande av bl. a. särskilda förtroendetandläkare.

Sjukförsäkringsutredningens taxeförslag torde sammanhänga med en förklarlig önskan att så nära som möjligt ansluta en allmän tandvårdsförsäkring till de former, som då gällde för den svenska sjukförsäkringen. Man synes härvid icke ha tillmätt den omständigheten tillräcklig vikt att sjukvårdsområdet domineras av den i samhällets regi bedrivna vården, medan på tandvårdsområdet vuxentandvården till alldeles övervägande del ombesörjs av privatpraktiserande yrkesutövare. Enligt folktandvårdsutredningens mening måste nu berörda olikheter tillmätas en avgörande betydelse när det gäller att bedöma taxeformen för en allmän tandvårdsförsäkring.

Det torde icke ankomma på folktandvårdsutredningen att utarbeta förslag till en tandvårdstaxa, avsedd att tillämpas inom en allmän tandvårdsförsäkring. Enligt utredningens uppfattning måste man emellertid för Sveriges del räkna med möjligheten av att folktandvårdstaxan i huvudsak kommer att utgöra grundval för återbäring inom en allmän tandvårdsförsäkring. Med hänsyn såväl härtill som till den väsentliga betydelse taxefrågan har för ett ändamålsenligt tillgodoseende av folktandvården som sådan, har utredningen låtit tre av sina experter med ledning av erfarenheterna från fältet granska den nuvarande folktandvårdstaxan och anlägga synpunkter på dess framtida utformning. Resultatet härav redovisas i *bil. 6*.

Av redovisningen framgår att taxan på grund av utvecklingen kräver överarbetning särskilt i två avseenden. Dels erfordras en avsevärd uppräkning av taxan för att vuxentandvården skall bli i princip självbärande, dels måste avvägningen mellan olika taxeposter ändras så att den blir mer adekvat i förhållande till nya arbetsmetoder och utvecklingen i övrigt på tandvårdsområdet. I bilagan har även påvisats de svårigheter, som med hänsyn till tandläkarnas olika prestationsförmåga och övriga arbetsförutsättningar möter vid utformningen av en fast taxa, samt framförts synpunkter på hur dessa svårigheter skulle kunna lösas. Slutligen betonas önskvärdheten av att funktionen hos redan etablerade försäkringssystem med bindande taxa närmare studeras, innan en motsvarande taxa införs i Sverige.

För utredningen har upplysts, att i anslutning till en revision av mödratandvårdstaxan f. n. pågår preliminära överläggningar mellan riksförsäkringsverket och Sveriges tandläkarförbund i syfte att bl. a. undersöka möjligheterna för en fast taxa gällande även

för privattandvården. Folktandvårdsutredningen anser sig vid sådant förhållande icke böra för egen del ta ställning i detalj till de synpunkter på ämnet, som framförts av experterna, utan nöjer sig med att här *dels* understryka vad ovan anförts rörande karaktären av en dylik taxa, *dels ock* förorda, att gällande folktandvårdstaxa blir föremål för översyn i syfte att göra vuxentandvården i princip självbärande samt de i taxan ingående delbeloppen i möjligaste mån adekvata i förhållande till den utveckling som ägt rum på tandvårdsområdet.

7 Informativa åtgärder för befrämjande av rekryteringen till distriktstandvården

7.1 *Medicinalstyrelsens arbetsgrupp*

Med skrivelse den 28 mars 1968 lämnade en av förutvarande medicinalstyrelsen tillkallad arbetsgrupp bestående av representanter för styrelsen, landstingsförbundet och stadsförbundet en redovisning för vakanssituationen inom folktandvården under åren 1949—1967 och konstaterade därvid, att trots en relativt betydande nyrekrytering av tandläkare antalet vakanser under denna tid med vissa fluktuationer bibehållit sig vid ungefär samma nivå, motsvarande 18,3 resp. 19,0 % av antalet inrättade tjänster. Förklaringen härtill var enligt arbetsgruppen främst att söka i folktandvårdens starka expansion med åtföljande krav på nyinrättande av tjänster men också i den betydande avgång av tandläkare som ägt rum efter förhållandevis kort tjänstetid. I syfte att öka rekryteringen av tandläkare till folktandvården framlade arbetsgruppen åtskilliga synpunkter och förslag, avsedda att ligga till grund för direkta åtgärder från huvudmännens sida eller för fortsatta undersökningar, bl. a. genom folktandvårdsutredningens försorg.

Såsom en angelägenhet av primär betydelse förordade arbetsgruppen en vidgad informationsverksamhet bland studenter och lärare vid de odontologiska fakulteterna. Arbetsgruppen anförde därvid bl. a. följande.

Den upplysningsverksamhet som hittills utifrån riktat sig till tandläkarstuderandena har dels kommit från tandläkarförbundet och dels från enskilda folktandvårdshuvudmän, främst landsting. Tandläkarförbundets informationsverksamhet har i och för sig innehållit vissa spörsmål om folktandvården men torde i allt väsentligt ha kretsat kring allmänna tandläkarfrågor samt rent fackliga aktiviteter, vilket också är helt naturligt. Enskilda folktandvårdshuvudmän har sedan många år bedrivit viss upplysnings- och informationsverksamhet bl. a. genom att bereda studerande vid tandläkarhögskolorna tillfälle att göra studiebesök i folktandvården. Denna verksamhet har dock skett utan inbördes planering och samordning, varför det reella värdet härav icke kunnat bedömas och med hänsyn till uppläggningen i vissa fall av kritiska iakttagare betraktats som en form av alltför ensidig tandläkarrekrytering.

Vid arbetsgruppens kontakter med yngre tandläkare inom folktandvården har genomgående framkommit, att tandläkarstuderandena inför valet av verksamhetsområde — folktandvård eller privatpraktik — ansett sig få alltför knapphändiga informationer om vad folktandvården kan erbjuda i form av arbetsförhållanden, karriärmöjligheter m. m. Den enda egentliga informationen om denna vårdform utöver ovan nämnda, som för närvarande äger rum *före* studiernas avslutande, består i relativt korta semestervikariat, som ett begränsat antal studenter kan få sommartid efter genomgången nionde termin. Dessutom lämnas upplysningar i dessa avseenden vid föreläsningar i social odontologi.

Sedan några år tillbaka har Malmöhus och Kristianstads läns landsting i samarbete prövat en mera planmässigt utformad informationsverksamhet för studerandena vid tandläkarhögskolan i Malmö. I denna verksamhet har ingått studiebesök vid folktandvårdspolikliniker, diskussionsträffar mellan studenterna och i folktandvården anställda tandläkare samt frågepaneler vid högskolan, där studenter och före-

trädare för landstingen — förtroendemän och chefstjänstemän — fått tillfälle att utbyta åsikter och informationer om folktandvården.

Liknande organiserad informationsverksamhet har förekommit vid tandläkarhögskolan i Umeå. Erfarenheterna från försöksverksamheten vid Malmö- och Umeåhögskolorna har visat sig mycket goda, vilket främst tagit sig uttryck i dels studenternas påtagliga intresse för denna informationsform dels också i att intresset för folktandvårdsanställning visat sig vara betydligt större jämfört med tidigare undersökningar.

Arbetsgruppen vill därför rekommendera huvudmännens organisationer att snarast planlägga och försöka genomföra en brett upplagd informationsverksamhet vid tandläkarhögskolorna. Gruppen anser det inte falla inom sitt uppdrag att avge detaljerade förslag i detta hänseende men vill ändå framhålla vikten av att denna informationsverksamhet jämväl inbegriper lärarna vid högskolorna. Gruppen finner det vidare värdefullt om man därjämte kunde delge studenterna speciellt utformade publikationer om folktandvården. Dessa skulle lämpligen utgöras av dels en centralt utformad broschyr, som täcker hela folktandvården, och härutöver lokala informationsskrifter rörande förhållandena hos enskilda huvudmän.

Arbetsgruppen fann vidare angeläget att de studerande bereddes större möjligheter till praktik inom sitt blivande verksamhetsområde och rekommenderade huvudmännen att överväga organiserandet av en »praktikväg» bestående av miljöpraktik, målinriktad praktik, huvudsakligen i form av auskultation, samt vikariatstjänstgöring. Av denna verksamhet, som skulle förläggas till ferietid, avsåg miljöpraktiken att ge en allmän orientering om folktandvårdens arbetsmiljö, medan den målinriktade praktiken skulle syfta till att ge de studerande tillfälle att mera direkt följa tandläkarna i deras behandlingsarbete, deltaga i diskussioner på polikliniken och ev. pröva någon självständig arbetsuppgift, såsom medverkan vid röntgenarbete eller tandtekniskt arbete. Vikariatstjänstgöringen slutligen, som även fortsättningsvis skulle förläggas efter nionde terminen, borde breddas och samordnas för hela landet.

Arbetsgruppen förordade tillika, att nu berörda verksamhet för de blivande tandläkarna fullföljes och kompletteras med särskilda informationsdagar för redan anställd personal av olika kategorier inom folktandvården. Dylika s. k. folktandvårdsdagar, som numera torde anordnas inom praktiskt taget alla sjukvårdsområden, har enligt arbetsgruppen visat sig mycket värdefulla och ägnade att stärka samhörighetskänslan mellan de skilda personalgrupperna.

Slutligen rekommenderade arbetsgruppen, som konstaterat att sådana frågor som kölistor och väntetider ofta fått betydligt större utrymme i massmedia än positiva utvecklingsfaktorer inom folktandvården, att huvudmännen vid sin regelmässiga informationsverksamhet till allmänhet och massmedia i ännu större utsträckning än hittills redovisar framstegen inom folktandvården och söker få slutgiltigt tillrättalagda vissa från uppbyggnadstiden alltjämt kvarlevande fördomar mot denna tandvård.

7.2 *Folktandvårdsutredningen*

Utredningen är helt ense med arbetsgruppen om vikten av en ökad informationsverksamhet rörande folktandvården, i första hand *vid de odontologiska fakulteterna.* Visserligen har folktandvårdens rekryteringsläge förbättrats avsevärt under de senaste åren men alltjämt kvarstår åtskilliga vakanser att fylla. Härtill kommer — och det torde för det närmaste decenniet vara det väsentligaste — att en betydande utbyggnad av folktandvårdens organisation erfordras, om behovet av vidgad barn- och ungdomstandvård samt bättre tandvårdsmöjligheter för de vuxna skall kunna tillgodoses. Ökade medel och resurser måste därför sättas in på informationsverksamheten.

Åtskilliga tandvårdschefer avlägger f. n. årliga besök vid vederbörande odontologiska fakulteter för att informera om och intressera de studerande för tjänstgöring i respektive huvudmäns folktandvård. Dessa besök kompletteras stundom med utdelande av broschyrer angående folktandvårdens organisation i sjukvårdsområdet och de förmåner, som är förenade med tjänstgöring därstädes, ävensom visning av filmer rörande verksamheten. Ofta inbjuds dessutom

ett antal studerande till besök i sjukvårdsområdet för närmare information rörande poliklinikernas materiella standard och arbetsförhållandena i övrigt inom distriktstandvården. Där dylik informationsverksamhet bedrivits med erforderlig intensitet, har den också visat sig kunna ge gott resultat. Detta framkom särskilt vid en studieresa, som utredningen företagit till Norrbottens län för att närmare informera sig om tandvårdsförhållandena där. Ingenting är dock så bra att det inte kan bli bättre. Sålunda framhölls vid diskussioner med distriktstandläkare, att information om folktandvårdens arbetsuppgifter, arbetssätt, utrustning och assistenspersonal saknades eller var otillräcklig vid vissa fakulteter och att sådan information obligatoriskt borde lämnas i samband med att stipendierna för blivande tandläkare utannonserades. Det påtalades också att, enär högskolorna saknade s. k. sit-down-utrustning som numera i allt större utsträckning används inom folktandvården, tandläkarna oftast stod helt främmande för användning av sådan utrustning i början av sin tjänstgöring inom folktandvården.

Vid övervägandet av hithörande spörsmål har folktandvårdsutredningen i likhet med arbetsgruppen kommit till den uppfattningen, att särskilda åtgärder är påkallade för att nå fram till en mera planmässigt ordnad och allmänt genomförd upplysningsverksamhet rörande folktandvårdens mål och medel för studenter — och lärare — vid de odontologiska fakulteterna. Som ett första led i en sådan informationsverksamhet synes det lämpligt att det vid de odontologiska fakulteterna tillhandahålls en av socialstyrelsen i samråd med landstingsförbundet utarbetad upplysningsskrift rörande folktandvårdens organisation och verksamhet jämte därmed förenade allmänna skyldigheter och förmåner. Under varje höstttermin bör därjämte i samråd med vederbörande fakultet genom socialstyrelsens försorg anordnas en filmförevisning jämte kommentar som mera konkret åskådliggör folktandvårdens verksamhet och resurser.

Som nämnts hade arbetsgruppen som ett andra led i informationsverksamheten tänkt sig att den inledande informationen skulle kompletteras genom att de studerande skulle — utöver nuvarande begränsade vikariatstjänstgöring efter nionde terminen — beredas vidgade möjligheter till praktisk tjänstgöring vid lämplig tandvårdspoliklinik. Vid ett närmare studium av dessa möjligheter har det befunnits, att rent tekniska förutsättningar för en begränsad sådan praktik föreligger efter sjätte, sjunde och åttonde terminerna men att bl. a. den nuvarande militärtjänsten lägger betydande hinder i vägen för genomförandet av en dylik praktik för de manliga studerandena. Härtill kommer att försvarets tandvårdsberedning i betänkandet om militärtandvården (SOU 1966:58) framlagt förslag om en försvarsmedicinsk kurs, vilken skulle vara obligatorisk för både manliga och kvinnliga studerande samt ta en stor del av sommarferierna i anspråk. Folktandvårdsutredningen lät därför som ett alternativ utarbeta ett preliminärt förslag till en studievecka för odontologer, som skulle innefatta förberedande katedral information, patientdemonstrationer, studiebesök och andra kontaktskapande åtgärder. En sådan vecka ansågs kunna inrymmas antingen under lämplig sommarferie, trots att denna delvis är belagd av den försvarsmedicinska kursen, eller under en kompletteringsperiod efter sjunde eller åttonde terminens studier, som enligt den nya terminsindelningen för odontologiska fakulteten kommer att inträffa mellan den 2 och 20 januari. Därest deltagarna kompenserades för kostnader för resor och uppehälle, borde man kunna påräkna god anslutning från såväl manliga som kvinnliga studerande. En dylik studievecka borde till en början försöksvis anordnas i begränsad omfattning, förslagsvis en i varje sjukvårdsregion.

Med hänsyn till frågans natur bereddes sjukvårdshuvudmännen och tjänstetandläkarnas förening tillfälle att delge utredningen sina synpunkter på ämnet. Sjukvårdshuvudmännen har därvid i princip ställt sig positiva till utredningens förslag. Några sjukvårdshuvudmän konstaterade dock, att huvudproblemet är att behålla redan rekry-

terade tandläkare, och förmenade, att om ett eller ett par års arbete inom folktandvården icke ger tandläkarna sådana erfarenheter att de önskar fortsätta sin verksamhet inom organisationen torde icke heller någon form av information åt tandläkarstuderande kunna förbättra förhållandena härvidlag. De förklarade sig likväl beredda att tills vidare medverka i en information under två och i vart fall högst tre dagar. Vissa andra huvudmän ansåg också en hel studievecka vara ett alltför omfattande arrangemang och förordade en reducering till två eller högst tre dagar.

Beträffande studieveckans förläggning i tiden riktades från flera håll invändningar mot ett genomförande under sommaren med tanke på personalens semestrar. Andra åter framhöll sommaren som lämplig med hänsyn till att de avsedda studiebesöken bör företas vid så gynnsam årstid som möjligt.

En del huvudmän ansåg att kostnaderna ej bör åvila sjukvårdshuvudmännen. Förslaget att kandidaterna skall kompenseras för kostnader för resor och uppehälle utgör grund för från flera håll uttryckta farhågor för en köpslagan mellan huvudmännen.

Landstingen i Gävleborgs län och Västernorrlands län överlämnade egna detaljförslag rörande studieveckans uppläggning.

Sveriges Tjänstetandläkarförening (STTF) underströk att de rekryteringsbefrämjande åtgärderna framför allt bör inriktas på att få de redan anställda tandläkarna att stanna kvar i folktandvården. Den föreslagna studieveckan fyllde icke detta krav, men föreningen delade utredningens uppfattning om behovet av en vidgad informationsverksamhet angående folktandvården och såg förslaget om studievecka som ett lämpligt led i den introduktionsverksamhet som är nödvändig för varje företag.

Folktandvårdsutredningen kan för sin del vitsorda, att det stora flertalet nyexaminerade tandläkare redan nu går till folktandvården. Detta har emellertid hittills framför allt sammanhängt med att de genom uppburna stipendier är bundna att tjänstgöra viss tid i folktandvården. Av de 200 tandläkare, som utexaminerades 1968, hade sålunda 126 uppburit statliga stipendier. Många hade dessutom uppburit landstingsstipendier. Tvånget att viss tid efter examen tjänstgöra i folktandvården ger redan från början hos en del tandläkare en negativ inställning till folktandvården och en önskan att snarast möjligt söka sig till privattandvården. Även andra skäl, som senare skall beröras, talar för att ifrågavarande stipendieverksamhet bör upphöra eller avsevärt begränsas. Utredningen finner det därför desto mer angeläget att en vidgad informationsverksamhet angående folktandvården i form av särskilda studiedagar kommer till stånd. Därigenom skulle såväl de odontologie kandidaterna som lärarna vid tandläkarhögskolorna kunna erhålla en grundligare och mera objektiv uppfattning än hittills om folktandvårdens arbetsförhållanden, vilket bör medverka till en positivare syn på anställning inom folktandvården. På sikt bör detta i sin tur medföra att de tandläkare, som börjar i folktandvården, blir mer benägna att kvarstanna där.

Under hänvisning härtill och på grundval av de synpunkter i övrigt som framkommit vid remissbehandlingen har utredningen utarbetat följande förslag till särskilda studiedagar för studerande och lärare vid de odontologiska fakulteterna.

Förslag till studiedagar

Förberedande katedral information

a) Landstingens arbetsuppgifter och sätt att arbeta, Hälso- och sjukvårdens organisation.
Tid: 1 tim.

b) Folktandvården
Socialtandvårdens utveckling. Folktandvårdens uppgifter enligt gällande författningar. Folktandvårdens organisation: huvudmannaskap, poliklinikstruktur, tjänstetyper, assisterande personal m. m. Vårdens omfattning i det enskilda fallet. Profylaxen inom folktandvården. Specialisttandvårdens uppgifter och framtida utveckling. Fort- och vidareutbildning.
Tid: 3 tim.

c) Genomgång av gällande avtal och anställningsförhållanden med överskådlig konkretisering av löneförmåner inom folktandvården. Objektiv jämförelse mellan privatpraktik och anställning som tjänstetandläkare.
Tid: 2 tim.

Studiebesök och patient-demonstrationer

a) Större distriktstandpoliklinik, modern med genomgång av utrustning, principerna för utrustnings- och materialinköp, samarbetet med tandtekniker, samarbetet mellan tandläkarna bl. a. ifråga om klientelets fördelning.

b) Liten distriktstandpoliklinik, modern, med genomgång av utrustning, vårdens uppläggning, samarbetet med tekniker.

c) En sämre utrustad distriktstandpoliklinik med genomgång av utrustningen och planeringen av nyanskaffning.

Under besöken anordnas patientdemonstrationer på lämpligt sätt med hänsyn till tillgången på tandläkare, som är intresserade av uppgiften.

d) Tandregleringspoliklinik med summarisk genomgång av utrustning, principerna för samarbetet med distriktstandvården, tjänstetyper och utbildningsmöjligheter. Patientdemonstration av några typfall.

e) Centraltandpoliklinik med summarisk genomgång av utrustningen, principerna för samarbetet med distriktstandvården och sjukhusets olika avdelningar, tjänstetyper och utbildningsmöjligheter. Patientdemonstration av några typfall.

Kontaktskapande åtgärder

a) Tillfälle att sammanträffa med någon ansvarig förtroendeman och någon chefstjänsteman.

b) D:o lokala representanter för tandläkarnas fackliga organisation.

Dessa kontakter bör ske under sällskapliga former.

Den katedrala informationen bör ordnas genom sjukvårdshuvudmännens försorg, varvid informationsmaterial lämpligen bör tillhandahållas av landstingsförbundets studieavdelning. Varje tandläkarhögskolas upptagningsområde bör utgöra underlag för informationsverksamheten, varvid en av tandvårdscheferna inom upptagningsområdet bör anförtros det regionala huvudansvaret för programmets genomförande. Fördelningen av kandidaterna i grupper för studiebesök kan ske antingen centralt genom landstingsförbundets försorg eller regionalt. En regional fördelning kan möjligen vara att föredra med hänsyn till att det är lättare att överblicka ett mindre område.

Enligt utredningens uppfattning bör det föreslagna programmet kunna genomföras på tre dagar, varav en dag för den katedrala informationen och två dagar för det övriga programmet och lämpligen förläggas till januari månad.

Då ifrågavarande information avser att befrämja rekryteringen till en verksamhet, som åvilar landstingen och storstäderna, torde samtliga kostnader böra bestridas av dessa, helst som kostnaderna kan beräknas bli mycket begränsade. Alternativt kan ifrågakomma att kostnaderna bestrides av landstingsförbundet.

Vad härefter angår informationsverksamheten *för anställd personal* vill utredningen betona vikten av att lämplig introduktion ordnas i samband med nyanställning av tandläkare och annan tandvårdspersonal. När det gäller nyanställda poliklinikföreståndare bör introduktionen i princip ombesörjas av tandvårdschefen eller vederbörande distriktschef; i övrigt bör den kunna handhas av poliklinikföreståndaren. Självfallet bör den nyanställde härvid särskilt informeras om lokala förhållanden av intresse för verksamhetens bedrivande såväl beträffande den administrativa som den kliniska sidan av arbetet.

Det synes också angeläget att de s. k. folktandvårdsdagarna kompletteras genom att tandläkarna bereds tillfälle till kollegial samvaro i tjänsten för inbördes information, samråd och åsiktsutbyte. I Norrbottens län anordnas sålunda dels s. k. ettårsträffar för alla tandläkare i länet, som tjänstgjort ett år i folktandvården, dels s.k. distriktsträffar för alla tandläkare i visst distrikt och slutligen s. k. cheftandläkarträffar för samtliga distriktschefer i länet. Vid utredningens studieresa i länet betonades från tandläkarnas sida behovet och betydelsen av dylika träffar för uppehållande av erforderlig kollegial kontakt och befrämjande av önskvärd samverkan i arbetet.

Utredningen vill till sist understryka vikten av vad arbetsgruppen anfört rörande informationen *till allmänheten* genom pressen, radion och televisionen. Med hänsyn till allmänhetens reaktioner är det ur rekryterings-

synpunkt betydelsefullt, att vid sidan av berättigad kritik utrymme i möjligaste mån även ges åt folktandvårdens positiva sidor, varvid framförallt utvecklingen på barntandvårdens område, inklusive profylaxen, samt specialvården, bör framhållas. I detta sammanhang är också huvudmännens insatser för höjande av folktandvårdens tekniska standard förtjänt av uppmärksamhet.

8 Distriktstandvårdens administrativa utformning

8.1 *Nuvarande förhållanden*

8.1.1 Gällande bestämmelser

Enligt kungörelsen den 26 maj 1961 angående statsbidrag till folktandvården skall landstingskommun vara indelad i tandvårdsdistrikt. I varje distrikt skall finnas minst en fast distriktstandpoliklinik. Därjämte må inrättas annexpolikliniker samt polikliniker för ambulatorisk tandvård. Tandpoliklinik må dessutom kunna anordnas å anstalt.

För varje landstingskommun fastställer socialstyrelsen en folktandvårdsplan, av vilken skall framgå tandvårdsdistriktens antal och omfattning, poliklinikernas antal och organisation samt antalet tandläkartjänster. Inom varje tandvårdsdistrikt skall, därest ej socialstyrelsen med hänsyn till särskilda omständigheter medger annat, årligen minst 55 % av de inom distriktstandvården tjänstgörande tandläkarnas sammanlagda arbetstid ägnas åt organiserad barntandvård. Under den för annan tandvård än organiserad barntandvård anslagna tiden skall med förtursrätt utföras, förutom behandling av akuta fall, sådan behandling som avses i 2 kap. 3 § andra stycket lagen om allmän försäkring (mödratandvård). När särskilda skäl äro därtill, äger socialstyrelsen för visst tandvårdsdistrikt medgiva, *dels* att vårdsökande från och med det kalenderår han fyller sjutton år till och med utgången av det kalenderår han fyller nitton år skall behandlas med förtursrätt, *dels* att andra än akuta fall icke behöver behandlas med förtursrätt.

Varje distriktstandpoliklinik skall förestås av en distriktstandläkare (poliklinikföreståndare). Ledningen och tillsynen av distriktstandvården skall inom varje landstingskommun utövas av tandvårdsinspektör (tandvårdschef), som tillsättes av sjukvårdsstyrelsen.

Till biträde åt tandvårdsinspektören må anställas en befattningshavare att efter sjukvårdsstyrelsens bestämmande fullgöra vissa på tandvårdsinspektör ankommande göromål.

Inom folktandvården fast anställd tandläkare må icke utöva enskild praktik; dock kan barntandläkare av sjukvårdsstyrelsen medgivas rätt därtill.

8.1.2 Distriktens antal och storlek

I gällande planer varierar antalet distrikt starkt mellan de olika landstingsområdena (från 31 till 2). 20 distrikt och däröver har Västernorrlands län (31), Stockholms län (28), Västerbottens län (24), Kopparbergs län (23) och Jämtlands län (21). I 11 sjukvårdsområden omfattar folktandvårdsplanen efter revidering högst 6 distrikt. Uppsala län och Västmanlands län har sålunda endast 2 distrikt vardera, medan Östergötlands, Kronobergs och Gotlands län har 3 distrikt vardera. Sådana stora distrikt

förestås i vissa fall av en distriktschef eller cheftandläkare, som tillika är poliklinikföreståndare.

I de flesta fall är antalet tandläkartjänster per distrikt enligt planerna dimensionerade så att mellan 2 500 och 3 500 invånare belöper per tandläkare, men variationer förekommer både över och under dessa gränser. Antalet behandlingsbarn per tandläkare uppgår i flertalet distrikt till mellan 400 och 700 st. I 28 av de 287 distrikten (Stockholm, Göteborg och Malmö ej inräknade) är antalet behandlingsbarn fler än 700 per tandläkare. I 6 distrikt är antalet över 800 st. Största antalet har Smedjebacken (Kopparbergs län) med 943 st. och lägst Vaxholm (Stockholms län) med 226 st.

Antalet distriktstandpolikliniker varierar mellan 9 (Gotlands län) och 52 (Älvsborgs län). I städer och tätorter arbetar i regel ett relativt stort antal tandläkare på varje poliklinik, ofta 6—8; i vissa fall överskrids detta antal upp till 10, undantagsvis 16 tandläkare per poliklinik. I övrigt dominerar 1—2-manspoliklinikerna. I de tre landstingsfria städerna har barntandvården i relativt stor utsträckning koncentrerats till särskilda polikliniker, medan dylika polikliniker i övriga län är mera sparsamt företrädda.

Annextandpolikliniker förekommer i de flesta huvudmannaområdena. Polikliniker för ambulatorisk tandvård redovisas från två län.

8.1.3 Antalet distriktstandläkartjänster och vakanser

Under de 30 år som folktandvården funnits till har antalet tjänster och tjänstetyper inom distriktstandvården blivit allt fler och fler. Nedanstående *tjänsteförteckning* gällde vid utgången av år 1968.

	Lönegrad
Tandläkare för enbart barn (med tantiem)	
Cheftandläkare	KB 1
Förste distriktstandläkare gr I	KA 25
Förste distriktstandläkare gr II	KA 25
Distriktstandläkare tillika föreståndare	KA 24
Distriktstandläkare tillika bitr. föreståndare	KA 24
Distriktstandläkare	KA 23
Distriktstandläkare med uppehåll (ferier)	KA 21
Tandläkare för enbart barn (utan tantiem)	
Förste distriktstandläkare gr I	KA 29
Förste distriktstandläkare gr II	KA 29
Distriktstandläkare tillika föreståndare	KA 28
Distriktstandläkare tillika bitr. föreståndare	KA 28
Distriktstandläkare	KA 27
Distriktstandläkare med uppehåll (ferier)	KA 25
Tandläkare för enbart vuxna (med tantiem)	
Cheftandläkare	KB 1
Förste distriktstandläkare gr I	KA 24
Förste distriktstandläkare gr II	KA 23
Distriktstandläkare tillika föreståndare	KA 22
Distriktstandläkare tillika bitr. föreståndare	KA 22
Distriktstandläkare	KA 21
Tandläkare för barn och vuxna (med tantiem)	
Cheftandläkare	KB 1
Förste distriktstandläkare gr I	KA 24
Förste distriktstandläkare gr II	KA 23
Distriktstandläkare tillika föreståndare	KA 22
Distriktstandläkare tillika bitr. föreståndare	KA 22
Distriktstandläkare	KA 21

Utöver lönen utgår i regel tantiem eller tantiemersättning, beräknat till vissa procent (20—44 %) för utförda arbeten resp. vissa belopp per år (1 200—12 000 kr.). Härjämte uppbär poliklinikföreståndarna särskilt arvode, varierande mellan 1 200—6 000 kr. per år. Sådant arvode utgår däremot ej till biträdande tandvårdschef eller till cheftandläkare.

Situationen rörande *antalet tjänster och vakanser* redovisas två gånger årligen av *socialstyrelsen*. Den 1 april 1968 fanns enligt denna redovisning 2 155 inrättade heltidstjänster inom distriktstandvården. Av dessa var 1 566 helt uppehållna och 205 delvis uppehållna. 384 tjänster (17,8 %) re-

dovisades som ej uppehållna, vartill kom den »dolda» vakans, som berodde på att 205 tjänster endast var delvis uppehållna. 60 deltidstjänster fanns inrättade vid denna tidpunkt, varav 5 redovisades som ej uppehållna.

Den 1 april 1969 hade antalet inrättade heltidstjänster ökat till 2 218 (+ 63). Antalet helt uppehållna tjänster uppgick till 1 688 (+ 120) och delvis uppehållna till 227 (+ 22). 303 tjänster (13,7 %) redovisades som ej uppehållna. Av dessa uppgavs 63 ej vara i behov av vikarie, varav det stora flertalet i Stockholms stad och Stockholms län. Å andra sidan redovisas de delvis uppehållna 227 tjänsterna motsvara ca 135 heltidstjänster. Detta innebär en »dold» vakans motsvarande 92 heltidstjänster. Sammanlagt skulle alltså vakanssituationen motsvara 332 heltidstjänster. Härjämte fanns 64 (+ 4) deltidstjänster inrättade, varav 7 redovisades som ej uppehållna. Då man torde kunna räkna med att antalet ej uppehållna tjänster utan behov av vikarie icke nämnvärt förändrats sedan våren 1968, visar socialstyrelsens statistik, att situationen inom distriktstandvården klart förbättrats i vad avser tillgången på tandläkare.

Enligt redovisningen var vakanssituationen inom folktandvården i dess helhet den 1 april 1968 mest besvärande i Västerbottens län med 38,5 % av de inrättade heltidstjänsterna vakanta, Jämtlands län (36,7 %), Västmanlands län (32,8 %), Södermanlands län (29,3 %), Älvsborgs län (27,5 %) och Jönköpings län (26,0 %). I 7 län var 19—22,5 % av heltidstjänsterna vakanta. I 8 län var vakanserna 10 % eller därunder. Speciellt gynnsam var situationen i Malmö stad, Hallands län och Gävleborgs län. Då endast ett fåtal tjänster vid andra verksamhetsgrenar än distriktstandvården redovisats som vakanta, torde de angivna procenttalen vara representativa även om man enbart ser till distriktstandvården.

Som jämförelse kan nämnas att vakanssituationen den 1 april 1969 i vad avser de inrättade heltidstjänsterna inom folktandvården i dess helhet visar en förbättring på de flesta håll, men situationen var fortfarande besvärande i Västmanlands län med 30,8 % av tjänsterna vakanta, Västerbottens län (29,1 %) och Jönköpings län (25,6 %). I 13 huvudmannaområden var vakanserna 10 % eller därunder.

Situationen i de olika sjukvårdsområdena belyses också genom vidstående tabell, som avser antalet tjänster med resp. utan *ordinarie* innehavare. Av tabellen framgår bl. a., att antalet heltidstjänster med ordinarie innehavare från 1968 till 1969 ökat med 239 samtidigt som antalet heltidstjänster utan ordinarie innehavare minskat med 139.

För att få rätt perspektiv på de redovisade vakanssiffrorna bör de enligt folktandvårdsutredningens mening bedömas mot bakgrunden av den tidigare utbyggnaden på området. Medicinalstyrelsens arbetsgrupp har i detta hänseende lämnat en redovisning som utvisar, att under åttaårsperioden 1961—67 inrättats ej mindre än 469 tjänster eller nära 60 tjänster per år. Under samma tid steg antalet tandläkare inom folktandvården med 279 eller ca 35 per år. Detta innebar att antalet vakanser ökade med 190 eller från 13,9 till 19 % utan att det faktiska läget försämrades. Härvid bör observeras, att bland inrättade tjänster medräknats tjänster vid en del polikliniker, som beslutats men ej funnits vid tiden för uppgiftslämnandet. Vidare har bland vakanta tjänster upptagits vissa tjänster i glesbygdsdistrikt, vilka på grund av avfolkning icke avses bli återbesatta. Vakanssiffrorna är därför något för höga.

Av intresse i detta sammanhang är jämväl en av *Sveriges tandläkarförbund* genomförd undersökning av vakansläget inom distriktstandvården per den 31 december 1968. Undersökningsmaterialet har införskaffats genom en enkät till tandvårdscheferna. I undersökningen ställs antalet vakanser i relation till antalet i realiteten inrättade tjänster, vilket avsevärt skiljer sig från det i planerna upptagna antalet. De tjänster, som uppehållits av deltids- och timtjänstgörande tandläkare, har omräknats till heltid. Den skillnad som därmed uppkommit benämns »dolda» vakanser. Det samman-

Landstingsområde	Heltidstjänster Antal	Heltidstjänster Därav med ordinarie innehavare	Heltidstjänster utan ordinarie innehavare	Deltidstjänster Antal	Deltidstjänster Därav med ordinarie innehavare	Deltidstjänster utan ordinarie innehavare
Riket 1.4.1968	2 400	1 691	709	69	38	31
Riket 1.4.1969	2 493	1 923	570	74	53	21
Därav						
Stockholms stad	292	232	60	12	5	7
Stockholms län	191	152	39	21	20	1
Uppsala län	63	49	14	—	—	—
Södermanlands län	75	56	19	—	—	—
Östergötlands län	103	80	23	2	—	2
Jönköpings län	82	53	29	2	1	1
Kronobergs län	52	43	9	—	—	—
Kalmar läns norra	27	20	7	3	2	1
Kalmar läns södra	52	41	11	3	1	2
Gotlands län	21	15	6	2	2	—
Blekinge län	44	36	8	—	—	—
Kristianstads län	77	68	9	—	—	—
Malmö stad	92	82	10	4	4	—
Malmöhus län	132	99	33	6	4	2
Hallands län	60	58	2	2	2	—
Göteborgs stad	160	116	44	7	4	3
Göteb. och Bohus län	72	60	12	—	—	—
Älvsborgs län	121	90	31	1	1	—
Skaraborgs län	71	55	16	—	—	—
Värmlands län	92	65	27	1	—	1
Örebro län	92	74	18	3	3	—
Västmanlands län	65	28	37	—	—	—
Kopparbergs län	79	60	19	—	—	—
Gävleborgs län	77	59	18	—	—	—
Västernorrlands län	82	68	14	3	3	—
Jämtlands län	48	31	17	—	—	—
Västerbottens län	72	45	27	—	—	—
Norrbottens län	99	88	11	2	1	1
Distriktstandvården						
Föreståndare	691	608	82	5	3	2
Övriga tandläkare	1 527	1 106	422	59	43	16

lagda antalet vakanser utgjorde 346 av 2 407 i realiteten inrättade heltidstjänster. Denna vakanssiffra förutsätter att behov föreligger av alla icke besatta timmar, vilket icke anses sannolikt. En icke obetydlig del av deltidsvakanserna anses icke vara i behov av att besättas, vilket innebär att den verkliga vakanssiffran skulle vara lägre än 346.

Detta antagande belyses av svaren på en särskild fråga, avseende hur lång tid tjänsterna stått obesatta. Det efterfrågades därvid om tjänsterna varit vakanta kortare resp. längre tid än 12 månader. Totala antalet vakanser uppgavs därvid till 278,5, varav 156 tjänster varit vakanta kortare tid än 12 månader och resten, 122,5 tjänster, längre tid. Orsaken till det lägre vakanstalet ansågs vara att en del av uppgiftslämnarna troligen betraktat delvis vakanta tjänster som helt besatta. Om det antas att samtliga uppgiftslämnare tagit ställning till behovet av att besätta heltidstjänsternas icke besatta timmar, skulle siffran 278,5 vara

Vakant <12 mån %	Vakant 12—23 mån %	Vakant 24—35 mån %	Vakant 36—47 mån %	Vakant 48 mån el. längre %	S:a %
56,0	17,1	9,7	5,4	11,8	100,0

det vakanstal som representerade den aktuella faktiska efterfrågan på tandläkare. Eftersom undersökarna ej med tillfredsställande säkerhet kunde utgå från att denna förutsättning var uppfylld, har endast konstaterats att det verkliga antalet vakanser låg mellan 278,5—346.

De vakanta 278,5 tjänsterna fördelade sig procentuellt, beroende på vakanstidens längd, såsom ovanstående tabell utvisar.

Främst med hänsyn till att ansökningsoch tillsättningsförfarandet för en tjänst inom folktandvården kan ta avsevärd tid, i ogynnsamma fall över ett halvt års tid, delades vakanserna i »rörliga» och »fasta», varvid med rörliga vakanser avsågs tjänster som varit vakanta kortare tid än 12 månader; övriga ansågs vara fasta.

Vid undersökningen har man även sökt åskådliggöra hur vakanserna — fasta och rörliga — geografiskt fördelade sig. Landet indelades därvid i ett storstadsområde, ett norrlandsområde, ett mellansvenskt område och ett sydsvenskt. Antalet vakanser för dessa områden ställdes i relation till antalet inrättade tjänster, varvid som bas för beräkningarna användes vakanstalen 278,5 resp. 346. Materialet redovisas bl. a. i följande två tabeller, där i ena tabellen antogs att differensen mellan 278,5 och 346 (= 67,5) var rörliga vakanser och i den andra att differensen utgjordes av fasta vakanser.

Enligt den första tabellen (se nedan) var läget bäst i storstadsområdena med *en* fast vakans per 53 tjänster, medan läget var sämst för Mellansverige och Sydsverige. Spännvidden var som synes stor. Också när det gäller de rörliga vakanserna var situationen bäst i storstadsområdena, medan den var sämst i Norrland. Spännvidden mellan den bästa och den sämsta situationen var emellertid icke på långt när så markant för de rörliga vakanserna som för de fasta.

Vid antagandet att differensen utgjordes av fasta vakanser (se tabellen s. 89) ger sammanställningen självfallet vid handen en försämrad situation beträffande de fasta vakanserna i samtliga områden, dock en nå-

Differensen mellan 278,5—346 = rörliga vakanser	Inrättade tjänster	Fasta vakanser			Rörliga vakanser		
		Antal	%	Per inrättade tjänster	Antal	%	Per inrättade tjänster
Storstadsområde							
(1 473 909 inv)	527,5	10,0	1,8	1:53	33,9	6,4	1:16
Norrland							
(1 197 090 inv)	372,5	11,0	2,9	1:34	45,8	12,2	1:8
Mellansverige							
(2 771 595 inv)	797,8	55,5	6,9	1:14	82,3	10,3	1:10
Sydsverige							
(2 401 838 inv)	714,0	46,0	6,4	1:16	61,5	8,6	1:12
Summa		122,5			223,5		

Differensen mellan 278,5—346 = fasta vakanser	Inrättade tjänster	Fasta vakanser Antal	%	Per inrättade tjänster	Rörliga vakanser Antal	%	Per inrättade tjänster
Storstadsområde	527,5	12,9	2,4	1:41	31,0	5,8	1:17
Norrland	372,5	17,0	4,5	1:22	39,8	10,6	1:9
Mellansverige	797,8	92,8	11,6	1:9	45,0	5,6	1:18
Sydsverige	714,0	67,0	9,3	1:11	40,5	5,6	1:18
Summa		189,7			156,3		

got större försämring för Mellansverige och Sydsverige än för de båda övriga områdena. I gengäld var en förbättrad situation beträffande de rörliga vakanserna speciellt påtaglig för Mellansverige och Sydsverige, obetydlig för de båda andra områdena.

Tandläkarförbundets undersökning ger vid handen, att fördelningen mellan rörliga och fasta vakanser skiljer sig avsevärt inom de olika områdena. De rörliga vakanserna var sålunda förhållandevis flera i Norrland än i Syd- och Mellansverige, medan de fasta vakanserna var färre. Detta belyser enligt folktandvårdsutredningens mening både behovet och effekten av särskilda rekryteringsbefrämjande åtgärder. Att rörligheten bland tandläkarna i Norrland är stor har sin naturliga förklaring i dess avskilda läge och stora avstånd och torde endast delvis ha motverkats av att i flertalet Norrlandslän i större eller mindre omfattning redan vidtagits särskilda rekryteringsbefrämjande åtgärder för glesbygdsområdena. Samtidigt kan man av de förhållandevis färre fasta vakanserna utläsa, att man med aktiva rekryteringsåtgärder i betydande grad lyckats eliminera de för befolkningens tandvård ogynnsamma effekter som en långtidsvakans i ett glesbygdsdistrikt medför.

8.2 *Kritiska synpunkter*

Beträffande den nuvarande utformningen av folktandvårdens distriktsorganisation har särskilt från tandläkarhåll påtalats vissa förhållanden, ägnade att motverka tandläkarnas intresse för anställning inom densamma. Sålunda har framhållits, att gällande bestämmelser på området medför större bundenhet i arbetet än inom privatpraktiken samt en alltför stor koncentration av akutfall på bekostnad av revisionsfallen inom vuxentandvården. Detta hindrar tandläkarna att på liknande sätt som inom den privata sektorn följa upp patienternas tandvård genom regelbundna revisioner, vilket är ägnat att på längre sikt minska tillfredsställelsen i arbetet. Den snävt tillmätta tid, som i praktiken är tillgänglig för de vuxna i förhållande till patienttillströmningen, jämte skyldigheten att ge förtur åt akutfallen och mödravårdspatienterna har också medfört stark irritation hos den tandvårdsbehövande allmänheten i övrigt genom de långa väntetiderna för denna, en irritation som i första hand vänt sig mot tandläkarna, vilka betraktats såsom de för tandvården närmast ansvariga. Detta har jämte pressens och massmedias ofta negativa inställning till folktandvården i sin tur återverkat ogynnsamt på rekryteringen i stort. Vidare har gjorts gällande att inkomstmöjligheterna inom den privata sektorn är betydligt större än inom folktandvården och att befordringsutsikterna är allt för små för de distriktstandläkare, som önskar göra en administrativ eller organisatorisk insats inom folktandvården. Slutligen har i detta sammanhang framhållits, att gällande generella förbud för folktandvårdens fast anställda tandläkare att på sin fritid utöva enskild praktik för vuxna skulle vara diskriminerande i förhållande till övriga tjänstemannagrupper.

Såsom tidigare anförts möter i dagens läge icke några större svårigheter, när det

gäller rekryteringen av nyblivna tandläkare till folktandvården. Det övervägande flertalet av de nyexaminerade tandläkarna börjar sålunda sin praktiska verksamhet inom denna tandvård, i regel för att fullgöra den tjänstgöringsskyldighet som är förenad med uppburna stipendier eller lån. Det aktuella problemet på området gäller främst svårigheterna att i erforderlig utsträckning behålla tandläkarna inom distriktstandvården i konkurrens med privattandvården. Av medicinalstyrelsens arbetsgrupp gjorda undersökningar utvisar sålunda, att under åren 1964—1965 ej mindre än 62 % av de landstingsanställda och 54 % av de storstadsanställda distriktstandläkarna slutat inom loppet av 2 år för att övergå till privatpraktik. Efter ytterligare 3 års tjänstgöring hade avgången stigit till 88 resp. 83 %. Det visade sig också, att avgången bland de manliga distriktstandläkarna var avsevärt mycket större än bland de kvinnliga (hos landstingen 54 % mot 19 % och i storstäderna 65 % mot 7 % under de 2 första åren) samt att avgången bland tandläkare med ferietjänster var minst (ca 50 % hade längre tjänstetid än 10 år). En av folktandvårdsutredningen gjord enkät till tandvårdscheferna, avseende tiden 1/1 1966—31/5 1967 gav vid handen, att övergången till privatpraktik, som alltjämt var den dominerande orsaken till att tandläkarna lämnade sin tjänst inom folktandvården, främst motiverades av att vederbörande tandläkare väntade sig större ekonomiskt utbyte av sin verksamhet men också, att de önskade sig friare arbetsformer och större möjligheter att kontinuerligt behandla sitt klientel.

Självfallet spelar de ekonomiska aspekterna för den enskilde tandläkaren en betydande roll när det gäller att välja formen för den framtida verksamheten. Hithörande spörsmål faller emellertid till huvudsaklig del inom ramen för de periodvis återkommande förhandlingar, som förs mellan huvudmännens och tandläkarnas organisationer. De kommer därför att i det följande beröras endast i den mån de äger samband med distriktstandvårdens organisation och arbetsformer eller de från principiella synpunkter kan bedömas vara av betydelse vid en jämförelse mellan folktandvården och den privata sektorn.

8.3 *Utredningens förslag*

8.3.1 Upphävande av vissa bestämmelser

Gällande bestämmelse, att 55 % av distriktstandläkarnas sammanlagda tjänstetid inom distriktet skall ägnas åt organiserad barntandvård, har tillkommit för att befrämja en tillfredsställande utbyggnad av barntandvården såsom varande den grund på vilken den allmänna tandvården i övrigt bör utvecklas. Syftemålet med denna bestämmelse har i avsevärd utsträckning vunnits, i det att år 1967 mer än 75 % av barnen i åldern 6—16 år erhållit fullständig behandling inom folktandvården. Ännu återstår emellertid en betydande del av denna tandvård att tillgodose. Härtill kommer att det av skäl, som utredningen förut redovisat, är en angelägenhet av mycket stor vikt att den organiserade barntandvården utbyggs såväl uppåt som nedåt så att den snarast möjligt kommer att i princip omfatta alla medborgare i åldrarna upp t. o. m. 19 år. Grundtanken i gällande reglering av folktandvården — att i första hand tillgodose barnens tandvårdsbehov och samtidigt i möjligaste mån gynna ungdomens tillgång till regelbunden tandvård — måste därför bibehållas, även om den ur rekryteringssynpunkt kan i viss mån verka återhållande genom att binda en avsevärd del av distriktstandläkarens ordinarie arbetstid. En uppmjukning av 55 %-regeln torde dock av praktiska skäl vara både möjlig och önskvärd. Utredningen åsyftar härmed det förhållandet att det i ett växande antal distrikt på grund av intensifierad kariesprofylax, avfolkning eller andra omständigheter visat sig möjligt att behandla barnen på mindre sammanlagd tid än tidigare beräknats och att det då är angeläget att den ledigblivna tiden utnyttjas för befolkningen i övrigt. Även om en utbyggnad av den organiserade

tandvården beslutas på sätt utredningen tänkt sig, torde med hänsyn till det anförda och huvudmännens skiftande tillgång till tandläkare under de närmaste tio åren 55 %-regeln icke böra bibehållas i nuvarande form. Utredningen föreslår, att densamma utgår och att i stället som grundprincip fastslås, att den organiserade tandvården skall tillgodoses i första hand. Därvid har utredningen räknat med att denna tandvård efter hand regelmässigt icke skall behöva ta i anspråk mer än hälften av distriktstandläkarnas sammanlagda arbetstid inom huvudmannaområdet.

Beträffande förtursbehandlingen av de akuta fallen torde någon ändring i gällande bestämmelser tills vidare icke vara praktiskt möjlig. Man torde i detta avseende vara hänvisad till att söka lätta folktandvårdens börda genom lokala förhandlingar mellan huvudmännen och inom området verksamma tandläkarföreningar i enlighet med rekommendationer av parternas centrala organisationer på sätt medicinalstyrelsens arbetsgrupp förordat. En uppräkning av gällande folktandvårdstaxa att i princip motsvara huvudmännens självkostnader för vuxentandvården, vilket även ur andra synpunkter är önskvärt, skulle enligt utredningens uppfattning väsentligt underlätta en spridning av akutklientelet.

Generellt förbud för folktandvårdens fast anställda tandläkare att utöva enskild praktik har i verkligheten tillämpats alltsedan folktandvårdens tillkomst, ehuru det formellt fastslogs först i 1961 års statsbidragskungörelse. Som skäl härför har framhållits svårigheten att på ett tillfredsställande sätt uppdraga och i praktiken upprätthålla en tillfredsställande gräns mellan folktandvård och enskild praktik. Därvid har bl. a. uttalats farhågor för att vederbörande tandläkare skulle kunna utnyttja sin tjänst för att gynna privatpraktiken och att hans intresse för den senare över huvud taget skulle dominera till men för folktandvården. 1957 års folktandvårdssakkunniga fann dessa farhågor icke kunna helt avvisas men förmenade, att desamma i huvudsak gällde det vuxna klientelet. I syfte att stimulera rekryteringen till den organiserade tandvården ansåg sig de sakkunniga därför kunna föreslå ett undantag från regeln såtillvida, att tandläkare som sysslade enbart med barn- och ungdomstandvård skulle kunna av huvudmannen medges rätt att utöva enskild praktik, detta även om tjänsten blott avsåg deltid. Statsmakterna fattade också beslut i enlighet härmed.

Den generella förbudsregeln har som nämnts från tjänstetandläkarnas sida uppfattats som diskriminerande, enär ett motsvarande, i författning stadgat förbud numera icke gäller för landstingens övriga befattningshavare med reglerad arbetstid. Med hänsyn härtill och då förbudsregeln vore ägnad att försvåra rekryteringen till folktandvården, borde bestämmelsen i fråga enligt tjänstetandläkarnas mening utgå ur kungörelsen. I stället borde de för landstingens befattningshavare avtalsvägen fastställda allmänna bestämmelserna tillämpas. Enligt den lydelse dessa hade intill utgången av år 1969 fick befattningshavare med heltidstjänst icke utan vederbörande arbetsgivares medgivande åta sig uppdrag i allmän eller enskild tjänst eller idka förvärvsverksamhet. Detta innebar alltså att tjänstetandläkare icke kunde utöva enskild praktik utan medgivande från sjukvårdsstyrelsens (folktandvårdsstyrelsens) sida. Fr. o. m. årsskiftet 1969/1970 gäller emellertid nya allmänna avtalsbestämmelser, enligt vilka tjänsteman ej längre behöver begära tillstånd av arbetsgivaren för att få utöva bisyssla. Däremot kan arbetsgivaren begära besked av arbetstagaren om vilka bisysslor denne har. Om arbetsgivaren därefter anser bisyssla hindrande för tjänsten kan han förbjuda tjänstemannen att utöva den.

De betänkligheter som tidigare anförts mot att kombinera folktandvård med privattandvård kräver alltjämt beaktande, ehuru deras praktiska betydelse till en del minskat med tandläkarkårens tillväxt. Hittills har, frånsett barntandvården, privatpraktik vid sidan om tjänsten i nämnvärd utsträckning endast förekommit inom anstaltstandvården och den militära fredstandvården,

där den åter på grund av kortare tjänstgöringstid varit vanligt förekommande. På dessa områden är emellertid situationen annorlunda genom att klientelet är bestämt avgränsat och något konkurrensförhållande mellan den allmänna och privata sektorn av tandvården i praktiken icke uppstår. Någon förändring härutinnan torde icke vara att vänta, om dessa vårdgrenar inordnas i folktandvårdens distriktsorganisation. I övrigt synes en mera stadigvarande kombination av privatpraktik och tjänstgöring inom folktandvården icke vara påkallad annat än i undantagsfall, t. ex. då behov föreligger av utökad arbetskraft men detta behov ej bedöms vara så stort att en heltidstjänstgörande tandläkare erfordras. Utredningen bortser härvid från det förhållandet, att en privatpraktiker tillfälligt anlitas för att som vikarie på deltid uppehålla en vakant distriktstandläkartjänst. Mot en dylik anordning, som redan nu torde förekomma på en del håll, utgör gällande kungörelse intet hinder.

Enligt utredningens mening föreligger icke längre bärande skäl att bibehålla gällande förbud för folktandvårdens fast anställda tandläkare att utöva enskild praktik i den form förbudet nu har. Mot bakgrund av den utveckling som skett beträffande regleringen av tjänstemännens anställnings- och arbetsförhållanden synes frågan om rätten att utöva privatpraktik i princip vara av den natur att den bör regleras avtalsvägen. Å andra sidan torde det icke kunna bestridas, att på sina håll betydande svårigheter skulle kunna uppstå för såväl folktandvården som den enskilde tandläkaren, om det i enlighet med de nya allmänna avtalsbestämmelserna skulle lämnas helt fritt åt vederbörande tandläkare att handla efter eget skön och huvudmannen endast skulle ha möjlighet att i efterhand söka rätta till ett uppkommet missförhållande. Vägande skäl talar därför för att en specialreglering av detta spörsmål kommer till stånd. Enligt förarbetena till stats- och kommunaltjänstemannalagarna (prop. 1965: 60, s. 299) synes intet hinder möta att genomföra en sådan reglering författningsvägen. Utredningen räknar emellertid för sin del med att det skall visa sig möjligt för här berörda parter att avtalsvägen nå en överenskommelse, som garanterar huvudmannen erforderligt förhandsinflytande på bisysslеinnehavet. På grund härav har utredningen avstått från att föreslå någon författningsreglering på området, vilket innebär att det generella förbudet i gällande statsbidragskungörelse skulle falla bort.

8.3.2 Organisatoriska åtgärder

Av redovisningen för de nuvarande *distriktens antal och storlek* framgår, att stora divergenser f. n. föreligger i detta hänseende inom de olika sjukvårdsområdena. Delvis är dessa divergenser betingade av lokala förhållanden. Det kan emellertid ifrågasättas, om icke distriktstandvårdens tillgodoseende och utbyggande skulle på många håll gynnas av en väsentlig sammanslagning av nuvarande distrikt på liknande sätt som redan skett i vissa landstingsområden. Bakgrunden till nu berörda sammanslagning har främst varit en önskan att i områden, där barntandvården kunnat ombesörjas på kortare tid än tidigare beräknats, möjliggöra ett tillvaratagande av tandläkarnas och tandsköterskornas arbetskraft på ett rationellt sätt till förmån för barn eller vuxna i mera eftersatta delar av sjukvårdsområdet. Även om 55 %-regeln slopas på sätt utredningen förordat torde distriktssammanslagningar i vissa delar av landet likväl komma att visa sig ändamålsenliga då det gäller att få till stånd ett jämnare utbyggande och tillgodoseende av den organiserade barn- och ungdomstandvården. Genom en sådan sammanslagning som bör omfatta både glesbygd och tätorter, bör man också kunna vinna en smidigare anpassning till den nya kommunindelningen, vilket är en fördel för den organiserade tandvårdens bedrivande.

Det synes därför finnas skäl för huvudmännen att överväga sådana sammanslagningar, där så ej redan skett. Eventuellt kan det härvid för vissa sjukvårdsområden visa sig lämpligt att låta hela området bil-

da ett distrikt. Härför erfordras i så fall dispens från gällande bestämmelse, att landstingskommun skall vara indelad i tandvårdsdistrikt.

Vid den sammanslagning av tandvårdsdistrikt som hittills skett har det i vissa sjukvårdsområden visat sig vara en fördel att anförtro ledningen av de stora distrikten, omfattande minst 20 distriktstandläkare, åt en särskild befattningshavare, som tillika fungerat som föreståndare för en centralt belägen poliklinik inom distriktet. Med den växande arbetsbörda som numera åvilar flertalet tandvårdschefer kan en sådan distriktschef, hittills ofta benämnd cheftandläkare, bli en värdefull hjälp för att i erforderlig omfattning hålla kontakt med tandvårdsdistriktets tandvårdspersonal och öva tillsyn över tandvårdens bedrivande inom områdets olika delar. Han kan därvid exempelvis biträda med att samordna tandhälsovården, barntandvården samt annan organiserad tandvårdsverksamhet inom sitt distrikt. Denna tandvård skulle på så sätt vinna ökad stadga. Med hänsyn till den omsättning av unga distriktstandläkare som man inom överskådlig tid måste räkna med inom folktandvården är det vidare av vikt att förutsättningar skapas för att ge distriktstandläkarna erforderlig klinisk tillsyn och handledning särskilt vid enmanspolikliniker-na, där äldre kolleger icke är tillgängliga för sådant ändamål. Även i detta hänseende bör en distriktschef kunna bli till avsevärt gagn. Samtidigt skulle man genom en dylik organisation erhålla ett antal kvalificerade befordringstjänster för sådana poliklinikföreståndare, som visat intresse och fallenhet för hithörande uppgifter.

Gentemot en distriktsorganisation av här angiven typ har framhållits att det kan vara förenat med vissa nackdelar att införa en mellaninstans mellan tandvårdschefen och poliklinikföreståndarna. Den kan bl. a. innebära ökad risk för konflikter i fråga om distriktstandvårdens bedrivande och för byråkratisering av verksamheten. Där så erfordras, kan man i stället förstärka den centrala organisationen, närmast tandvårdschefens kansli.

Enligt utredningens uppfattning har båda organisationstyperna sina för- och nackdelar. I vissa sjukvårdsområden kan den förra typen vara att föredra, i andra sjukvårdsområden den senare. Avgörandet bör därför läggas i huvudmannens hand.

I detta sammanhang bör jämväl nuvarande *poliklinikorganisation* tas upp till omprövning. Vissa av de mera perifert liggande poliklinikerna har visat sig mycket svårbesatta. På grund av avflyttning från orten har också en del polikliniker fått otillräckligt patientunderlag. Om man inrättar större polikliniker på vissa tätorter, skulle enligt erfarenheterna rekryteringen med all sannolikhet förbättras, bl.a. genom att jourtjänsten och tandläkarnas tillgodoseende med hjälpkrafter underlättas. Samtidigt skulle isoleringen för befattningshavarna och deras familjer brytas, vilket bör vara ägnat att befrämja en mera stadigvarande rekrytering. Å andra sidan måste beaktas, att servicen åt patienterna icke utan trängande skäl försämras genom längre resvägar till tandläkaren. Denna konsekvens bör dock i största möjliga utsträckning kunna undvikas genom att polikliniker, som inte kunnat besättas eller har vikande patientunderlag, behålls som annexpolikliniker.

En utveckling av denna art har påbörjats i åtskilliga sjukvårdsområden men alltjämt är antalet enmanspolikliniker övervägande. En fortsatt omprövning av poliklinikorganisationen synes därför påkallad under tillbörligt beaktande av landsbygdsbefolkningens berättigade krav på rimlig service. Poliklinikerna torde, där så lämpligen kan ske, böra anslutas till befintliga eller planerade flerläkarstationer eller hälsocentraler, varigenom bl. a. det profylaktiska arbetet bland barnen skulle gynnas. De större poliklinikerna skulle vidare kunna fylla en viktig uppgift vid den löpande kliniska handledningen av de nyutbildade tandläkarna och man skulle därigenom kunna i stigande omfattning undvika att enmanstandpoliklinikerna betjänades av orutinerad arbetskraft. Mot bakgrunden av vad sålunda anförts måste man räkna

med att större krav kommer att ställas på föreståndarna för ifrågavarande poliklinikker såväl i administrativt som kliniskt avseende. Detsamma gäller de biträdande föreståndare, som f. n. finns och framdeles i än högre grad torde bli erforderliga på de större poliklinikerna. Möjligheter till kompletterande utbildning måste därför beredas dessa befattningshavare, liksom för de ovan berörda distriktscheferna. Härtill återkommer utredningen i kapitel 10.

Distriktstandläkartjänsterna är f. n. i regel avsedda för *heltid,* motsvarande 40 timmar per vecka och år. En variation härav utgör vissa tjänster för enbart barntandvård, vilka är förenade med rätt till ferier, sammanfallande med skolans. Som tidigare framhållits har omsättningen av innehavare på dessa tjänster visat sig vara mycket låg till skillnad från övriga distriktstandläkartjänster. Förklaringen härtill torde bl. a. vara att söka däri, att de är attraktiva för kvinnliga tandläkare med barn i småbarns- eller skolåldern. Med hänsyn härtill och till att andelen kvinnliga tandläkare befinner sig i stadigvarande tillväxt framstår en utökning av dylika tjänster som önskvärd ur rekryteringssynpunkt.

Som tidigare framhållits är behandlingen av småbarn i regel mera tålamodsprövande och tröttande än behandlingen av annat klientel. Detta motiverar en kortare daglig arbetstid än för tandvård i allmänhet. Med tanke på den utbyggnad av småbarnstandvården, som utredningen förordat, finner utredningen det ur nu berörda synpunkt angeläget att tandläkartjänster med avkortad daglig arbetstid inrättas. Innehavarna av dessa tjänster, som förutsätts få en särskild utbildning med hänsyn till klientelets art, skulle också lämpligen kunna anlitas för rådgivning i tandhälsovård vid mödra- och barnavårdsorganen. Därmed skulle »allmäntandläkarna» få mer tid över för ungdomen i åldern 17—19 år, vars tandvård likaledes föreslås bli föremål för organiserad utbyggnad. Tilläggas kan, att den av norska socialdepartementet tillsatta kommittén för utredning rörande erforderlig tillgång och spridning av hälsovårdspersonal, den s. k. Helsepersonellkommittén, år 1967 framlagt ett betänkande, i vilket kommittén framfört förslag om inrättande av dylika tjänster (se *bil. 7*).

Frågan om inrättande av *deltidstjänster* inom folktandvården har länge varit föremål för diskussion. Sådana tjänster kan vara motiverade av olika skäl och det står numera huvudmännen fritt att inrätta dylika tjänster i mån av behov. Huvudmännen har dock hittills iakttagit stark återhållsamhet i detta hänseende. Från en del håll har man gjort gällande, att inrättande av sådana tjänster i större omfattning skulle underlätta rekryteringen till folktandvården, medan man från andra håll befarat, att folktandvården i sin helhet skulle förlora i sammanlagd tjänstetid genom att många tandläkare då skulle övergå till deltidstjänst, framförallt om deltidstjänst kan förenas med rätt till privatpraktik. Denna fråga har berörts under föregående avsnitt varvid utredningen, frånsett vissa speciella områden, rekommenderat stor försiktighet med anlitande av en sådan kombination. Utredningen begränsar sig därför till att i detta sammanhang uttala, att huvudmännen i princip bör äga frihet att använda sig av de tjänstetyper och de tjänstekombinationer, som under skilda förhållanden synes bäst ägnade att tjäna folktandvårdens intressen. Utredningen är övertygad om att huvudmännen vid prövning av hithörande frågor kommer att noga väga fördelar och nackdelar mot varandra så att det ur praktisk synpunkt bästa resultatet i varje särskilt fall uppnås.

8.3.3 Ekonomiska aspekter på folktandvården och privattandvården

Som tidigare framhållits har från tandläkarhåll gjorts gällande att inkomstmöjligheterna i privatpraktik är betydligt större än inom folktandvården. Verkställda enkäter har också utvisat att förhoppning om högre inkomst från verksamhet som privatpraktiker i mycket stor utsträckning medverkat

till att tandläkare lämnat distriktstandvården. Till detta har sannolikt bidragit att tandläkaren ej alltid gjort klart för sig å ena sidan det med privatpraktik förenade risktagandet och å andra sidan värdet av de sociala förmåner, som ingår i tjänstetandläkarens lön och som måste dras ifrån privatpraktikerns bruttoinkomst i form av försäkringspremier eller avsättningar för att göra kontantinkomsterna jämförbara.

Utredningen har därför undersökt möjligheterna att närmare belysa kostnadsförhållandena inom distriktstandvården resp. privattandvården.

Inom socialstyrelsen har, som i kap. 5 närmare redovisats, nyligen verkställts en utredning rörande de med den taxebelagda distriktstandvården förenade driftkostnaderna för år 1967. Utredningen visade, att mycket stora variationer rådde mellan de olika huvudmännen beträffande både kostnaderna för tjänstgöringstimme i behandlingsrummet, som fullgjorts av vederbörande tandläkare, och utgifterna för erforderliga laboratoriearbeten, vare sig dessa fullgjorts på egna laboratorier eller på kommersiella laboratorier.

Av intresse i detta sammanhang är även en i Sveriges tandläkarförbunds regi gjord undersökning rörande omkostnaderna i privatpraktiken under år 1966. Undersökningen, som omfattade ca 1 000 tandläkare med egen praktik och assistans av en tandsköterska och ev. en elev, gav vid handen, att såväl kostnader för assisterande personal som utgifterna för förbrukningsmaterial, hyra, bränsle, lyse, avskrivningar m. m. visade stor spridning både uppåt och nedåt. Detsamma gäller tandläkarnas årsarbetstid, som för äldre tandläkare varierade mellan 850—2 050 timmar och för yngre tandläkare mellan 1 550—2 250 timmar. Motsvarande årsarbetstid för heltidstjänstgörande distriktstandläkare har beräknats till 1 600—1 700 timmar, om tid för semester, helgdagar, sjukdom och patienters uteblivande frårdrages.

I samband med vardera av dessa utredningar har gjorts försök att på grundval av det framlagda materialet göra en kalkyl rörande privattandläkarnas genomsnittliga omkostnader för praktiken, frånsett utgifterna för laboratoriearbeten. Under förutsättning att löner, inklusive tandläkarens egen ersättning, och sociala förmåner utgår enligt samma grunder som inom distriktstandvården — vilket i verkligheten ingalunda är fallet — kan slutresultatet av dessa kalkyler sägas i stort sett stämma väl överens. Men enligt folktandvårdsutredningens uppfattning måste det bakomliggande materialet anses vara så varierande och svårbedömbart, att man därav icke kan draga några generella slutsatser med anspråk på giltighet för hela riket eller ens en större del därav. Utredningen har därför avstått därifrån. Utredningen har ej heller ansett sig böra verkställa någon egen undersökning i nu berörda hänseende, då en sådan närmast är av den natur att den bör ingå som ett led i de kompletterande undersökningar som erfordras vid genomförande av en allmän tandvårdsförsäkring.

9 Speciella åtgärder för glesbygderna

9.1 *Nuvarande förhållanden*

Till belysning av förhållandena på tandvårdens område i glesbygderna redovisade medicinalstyrelsens förenämnda arbetsgrupp en särskild utredning, som år 1966 utfördes inom medicinalstyrelsen rörande antalet tjänster och tjänstgörande tandläkare i folktandvården resp. antalet privat verksamma tandläkare i de län, inom vilka större delen av rikets glesbygdsområden är belägna, nämligen Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands, Jämtlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län. Motsvarande utredning gjordes beträffande Blekinge län och Gotlands län, vilka syntes jämförbara med förutnämnda län ifråga om tandläkarrekryteringen. Siffrorna i följande tabell avser situationen i samtliga här angivna län i september månad 1966, då folkmängden där utgjorde 1 972 500 personer.

Totala antalet tandläkare i dessa områden utgjorde 1 066, motsvarande 1 tandläkare på 1 850 invånare, medan i riket i dess helhet fanns 1 tandläkare på ca 1 300 invånare. I hela riket utgjorde tandläkarna i folktandvården ca 32 % av totala antalet praktiserande tandläkare, inom ovan angivna län var motsvarande siffra 46,4 %. Inom städerna i dessa län utgjorde denna siffra 34,8, på landsbygden 67,2 %.

Undersökningen visar folktandvårdens stora betydelse för utbyggandet av tandvården på landsbygden, särskilt glesbygderna, samt att folktandvården trots betydande rekryteringssvårigheter kunnat organiseras i dessa bygder. Detta torde till icke ringa del sammanhänga med de lokala förmåner, som varit och fortfarande i stor utsträckning är förenade med distriktstandläkartjänsterna i glesbygderna. Inom vissa landstingsområden har också bedrivits en aktiv rekryteringspolitik, som i väsentlig mån påverkat situationen i gynnsam riktning.

Av socialstyrelsens statistik framgår, att antalet vakanser i vissa av ovannämnda län liksom i vissa andra län med relativt omfattande glesbygd alltjämt är besvärän-

	Folktandvården				Privatpraktik
	Tjänster	Tjänstg. tandl.	Vakanser	Utgör i % av antalet tjänster	Antal tandl.
Totalt i undersökta områden	623	495	128	20,5	571
I större och medelstora städer i områdena	302	238	64	21,2	445
Områdena i övrigt	321	258	63	19,6	126

de. I 6 av de ovannämnda länen var sålunda mellan 15—31 % av antalet den 1 april 1969 inrättade heltidstjänster vakanta, medan riksmedeltalet uppgick till 13,5 %. Norrbottens län hade då endast en delvis vakant tjänst. I Gävleborgs län var 4 % av tjänsterna vakanta och i Blekinge län 10 %.

Det säger sig självt, att de olägenheter och kostnader som glesbygden för med sig på grund av långa resor och isolering av skilda slag, är ägnade att särskilt försvåra en stadigvarande rekrytering av distriktstandläkartjänsterna i dessa områden. I den mån folktandvården i glesbygderna icke kan ombesörjas genom annextandpolikliniker eller ock mera allmänna åtgärder kommer att vidtas för att påtagligt förbättra servicen i glesbygderna, måste man därför alltjämt räkna med speciella åtgärder för att underlätta anställningsförhållandena för tandläkarna därstädes.

För närvarande sker detta framför allt genom att vederbörande primärkommuner tillhandahåller goda bostäder mot mer eller mindre, ej sällan avsevärt subventionerade hyror. Den bristande tillgången på tandläkare har på detta område lett till en konkurrens mellan primärkommunerna, som medfört i sak omotiverade skillnader i ekonomiskt hänseende för vederbörande tandläkare och även i övrigt lett till konsekvenser som framdeles i möjligaste mån bör undvikas genom vidtagande av andra speciella åtgärder.

9.2 *Frågan om provinsialtandläkare*

I direktiven har bland framkomna uppslag till rekryteringsbefrämjande åtgärder uppmärksamheten särskilt riktats på möjligheten av att inrätta s. k. provinsialtandläkartjänster. Denna fråga har upprepade gånger varit föremål för behandling utan att leda till beslut. Bl. a. framförde *Sveriges tandläkarförbund år 1949* i skrivelse till Kungl. Maj:t tanken på en provinsialtandläkarorganisation, varvid samtidigt vissa riktlinjer uppdrogs.

Landstinget skulle tillhandahålla lokal, utrustning, avlöna tandsköterska och bestrida vissa löpande utgifter. Provinsialtandläkare skulle uppbära fast lön jämte rätt till pension och sjukersättning för fullgörande av visst antal tjänstgöringstimmar i barntandvård inom distriktet, dels äga 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 skulle bestridas av tandläkaren, skulle tillfalla denne. Förbundet förmenade, att därest ifrågavarande organisationsförslag kunde genomföras, detta torde bli av värde för förbättring av rekryteringsmöjligheterna. Vederbörande departementschef var dock icke beredd att utan ytterligare övervägande ta ställning till förslaget.

Tanken togs upp till diskussion av *1957 års folktandvårdssakkunniga* i dess år 1960 avgivna betänkande (SOU 1960: 1). De erinrade därvid om tidigare framförda betänkligheter mot en sådan organisation, främst innebärande risk för en allmän kvalitetssänkning genom att tandläkarna skulle i eget vinstintresse söka ernå bästa möjliga kvantitativa resultat. Ett avlöningssystem, som i relativt stor omfattning grundade sig på taxeinkomster, skulle vidare vara ägnat att motverka av lokala eller andra skäl påkallade ändringar i distriktsindelningen och avgiftssystemet. Enligt de sakkunniga, som fann dessa erinringar äga oförminskat berättigande, skulle ett resultat motsvarande det som tandläkarförbundet åsyftade i ekonomiskt avseende kunna uppnås inom ramen för nuvarande avlöningssystem genom att en del av den fasta lönen överfördes till tantieminkomst. Ett realiserande av tanken på en provinsialtandläkarorganisation skulle dessutom sannolikt medföra tillkomsten av ett relativt stort antal smärre företagsenheter, vilket stred mot en ur organisatoriska och ekonomiska synpunkter önskvärd koncentration av vården till flermanspolikliniker. På

grund av nu anförda betänkligheter ansåg sig 1957 års sakkunniga icke kunna tillstyrka införande av s. k. provinsialtandläkartjänster.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 4 juli 1966, som överlämnats till folktandvårdsutredningen för övervägande, har *Sveriges tandläkarförbund* ånyo upptagit frågan om provinsialtandläkartjänster till diskussion och därvid närmast tänkt sig en försöksverksamhet med inriktning på glesbygderna. Detaljutformningen av verksamheten skulle göras beroende av överläggningar med intresserade huvudmän men vissa allmänna principer angavs dock såsom vägledande. Dessa innebär i huvudsak följande.

Till skillnad mot de tidigare riktlinjerna skulle tjänster av ifrågavarande slag inrättas allenast vid en- och tvåmanspolikliniker i distrikt, där det visat sig speciellt svårt att rekrytera tandläkare, och alltså i första hand syfta till att lätta situationen i glesbygdsdistrikten. Vidare skulle någon bestämd tid per år för barntandvård ej fastställas. Tjänsten skulle dock vara förenad med ett vårdåtagande, som innefattade skyldighet att behandla samtliga vårdsökande barn i åldrarna 3—16 år samt med förtursrätt patienter, som sökte för akuta tandbesvär, jämte blivande och nyblivna mödrar. Vårdåtagandet gentemot vuxna skulle icke begränsas på annat sätt än som automatiskt följer av folktandvårdens distriktsindelning.

För barntandvården skulle tandläkaren, inom ramen för en »genomsnittsprestation», avlönas genom dels löneplanslön, dels ock tantiem och bonus per färdigbehandlat barn. Detta skulle göra det möjligt att mäta tandläkarens arbetsinsats i barntandvård i förhållande till vad en distriktstandläkare med tandvård för barn och vuxna enligt gällande centralt avtal genomsnittligt utför. Om därvid »genomsnittsprestationen» per år uppnåddes innan samtliga behandlingsberättigade barn färdigbehandlats, skulle ersättning för resterande behandling ersättas av landstinget som om behandlingen utförts på vuxet klientel.

Folktandvårdstaxan föreslogs höjd med 50 procent inom de distrikt, där försöksverksamheten skulle äga rum. Detta motiveras med att taxeinkomsterna i princip skulle bära driftkostnaderna för vuxentandvården samt ge tandläkaren möjlighet till ökad inkomst. Enligt vad tandläkarförbundets representant i utredningen framhållit skulle de ökade kostnaderna för patienter i försöksdistrikten uppvägas av bl. a. minskade resekostnader och kortare väntetid. Av taxeinkomsterna, som skulle uppbäras av tandläkarna, skulle dessa bestrida kostnaden för vissa förbrukningsinventarier, förbrukningsmaterial, telefon- och porto, teknikerarbeten, böcker och tidskrifter. Huvudmannen å sin sida skulle med vissa bidrag från tandläkarna bestrida kostnader för personal, lokal, fast utrustning och övriga driftkostnader.

Framställningen utmynnade i ett förslag att, i den mån överenskommelse kunde träffas med huvudman för folktandvård, s. k. provinsialtandläkartjänster skulle på försök inrättas i vissa glesbygdsdistrikt. Förbundet hemställde därvid dels om dispens från bestämmelsen i statsbidragskungörelsen att minst 55 % av tiden skulle ägnas åt barntandvård, dels om medgivande att i försöksdistrikten tillämpa en med 50 % förhöjd folktandvårdstaxa.

Vid preliminär diskussion inom utredningen av denna framställning framfördes å ena sidan betänkligheter mot förslaget, bl. a. med hänsyn till den särskilda taxan för försöksdistrikten. Å andra sidan framhölls önskvärdheten av att möjlighet nu bereddes att i en eller annan form praktiskt pröva den sedan länge framförda tanken på provinsialtandläkartjänster. Med hänsyn till frågans olika aspekter och intresse, särskilt för landstingen, beslöt utredningen bereda Svenska landstingsförbundets styrelse tillfälle att på ett förberedande stadium framföra sina synpunkter på föreliggande förslag.

Till svar härå har *landstingsförbundets styrelse* i skrivelse den 25 oktober 1968 anfört att dess förhandlingsdelegation funnit vägande skäl ej föreligga att f. n. inleda någon försöksverksamhet på området. Ärendet ansågs dock ej slutligt avgjort härmed utan komme att underkastas de fortsatta överväganden som betingades av utvecklingen.

Folktandvårdsutredningen. Någon försöksverksamhet med provinsialtandläkartjänster synes sålunda icke vara att räkna med inom den närmaste framtiden. Med hänsyn härtill och till de betänkligheter som tidiga-

re framförts mot en sådan organisation har utredningen icke ansett sig böra framlägga ytterligare förslag i ämnet. Utredningen har funnit sig ha desto mindre anledning härtill som utredningens förut redovisade förslag till uppmjukning av gällande reglering och organisation av distriktstandvården i allmänhet torde innebära betydligt större förutsättningar än tidigare att anpassa och utbygga organisationen även efter glesbygdernas behov. I det följande framlägger utredningen vidare till övervägande vissa andra åtgärder, som synes vara ägnade att befrämja rekryteringen till distriktstandläkartjänsterna i glesbygderna.

9.3 *Särskilda åtgärder*

I Norge, där man likaledes har svårigheter att ombesörja tandvården i glesbygderna, har den s. k. *Helsepersonellkommitéen* framlagt förslag rörande särskilda stimuleringsåtgärder för tandläkartjänsternas besättande i Nord-Norge, Tröndelag och Vestlandet. Förutom en lösning av den ofta besvärande bostadsfrågan i vissa dithörande trakter föreslår kommittén en höjning av provisionen för vissa tandläkare från 25 % upp till 50 % vid övertidsarbete ävensom en avkortning av den årliga tjänstetiden med 4 veckor jämte eventuellt förlängd semester med 1 vecka utöver ordinarie semester i distrikt, där patienttillgången är liten och kontaktmöjligheterna med andra kolleger små. Härutöver föreslås bl. a. att särskilda stipendier — utöver generella studiebidrag — beviljas blivande tandläkare, som efter examen och militärtjänstgöring förbinder sig att tjänstgöra i minst två år i den offentliga tandvården. Enligt kommittén bör socialdepartementet i samråd med vederbörande huvudmän ta upp spörsmålen, i vilka distrikt och i vilken utsträckning nu berörda förmåner bör tillämpas. De distrikt som här avses karaktäriserar kommittén själv såsom utkantsdistrikt, ytterdistrikt och »vanskelige» distrikt. Förslagen redovisas närmare i *bilaga 7*.

Enligt vad folktandvårdsutredningen under hand inhämtat har slutlig ställning till dessa förslag ännu ej tagits från de norska statsmakternas sida. Härvid är att märka, att den norska lagen om civil tjänsteplikt, vars giltighet utlöpte den 30 juni 1969, med vissa ändringar förlängts att gälla under ytterligare två år. Dittillsvarande skyldighet för varje nybliven tandläkare att tjänstgöra inom skol- eller folktandvården under 18 månader, har samtidigt begränsats till sammanlagt ett år. Möjlighet finns alltså fortfarande att i begränsad omfattning tjänstepliktsvägen tillhandahålla tandvård i de norska glesbygderna.

Efter särskilt medgivande företog utredningen i juni 1969 en *studieresa till Norrbottens och Jämtlands län* för att närmare informera sig om de lokala myndigheternas och tjänstemännens synpunkter på rekryterings- och anställningsförhållandena inom folktandvården i glesbygderna. Därvid besökte utredningen ett antal distrikts- och annextandpolikliniker i Norrbottens län och överlade med vederbörande distriktstandläkare och primärkommunala representanter. Resan avslutades i Luleå med överläggningar med representanter för landstingets förvaltningsutskott. I Jämtlands län hölls överläggningar i Östersund med representanter för motsvarande myndigheter och tjänstemän.

I Norrbottens län, där det sedan åtskilliga år bedrivits en mycket aktiv rekryteringspolitik, hade vakanssituationen förbättrats så, att f. n. endast 1 av 100 heltidstjänster var helt utan vikarie och 5 tjänster uppehölls av tandläkare utan svensk legitimation. 88 heltidstjänster var besatta med ordinarie innehavare. Förutom åtgärder, som riktat sig direkt till de studerande på tandläkarhögskolorna — såsom informationsbesök vid vederbörande fakulteter av tandvårdschefen, visning av film för och besök av kandidaterna i länet, stipendier m.m. — hade de i tjänst varande tandläkarna beviljats särskilda förmåner i form av regelbundna fortbildningskurser

(2 per år), studieresor och s. k. träffar inom länet för diskussion och kollegial samvaro mellan olika tandläkargrupper, varjämte en speciell personaltidning tillkommit. Vid utredningens besök på distriktstandpoliklinikerna uttalades genomgående från tandläkarnas sida stor tillfredsställelse med de sålunda vidtagna åtgärderna, samtidigt som behovet av kontakt med andra kolleger för samråd, specialistkonsultation och vidareutbildning underströks. Önskemål om längre semester framkom även, medan olika meningar rådde om bibehållande av nuvarande hyressubventioner.

Vidare framhålls, att organisationen med annextandpolikliniker med anslutning till distriktstandpolikliniker i tätorterna innebar fördelar ur såväl tandläkarnas som befolkningens synpunkt. Eventuellt kunde dessa kompletteras med en eller flera tandvårdsbussar för profylax bland småbarn i avlägsna byar och enklare behandling av vuxna, som hade svårigheter att komma till tandpoliklinikerna. Väntetiden för vuxna varierade mellan 1 och 4 år; för protesarbeten var dock väntetiden i allmänhet kortare.

I Jämtlands län är läget såtillvida annorlunda, att där endast finns en egentlig centralort (Östersund med omnejd) och ett fåtal andra tätorter, vilket ansågs försvåra en mera omfattande organisation med annextandpolikliniker. F. n. finns 30 distriktstandpolikliniker, varav ej mindre än 22 är enmanspolikliniker. Vakanssituationen har dock även här förbättrats avsevärt under det senaste året. Av 44 aktuella distriktstandläkartjänster var sålunda den 31 maj 1969 endast 7 vakanta mot 14 våren 1968. Några särskilda rekryteringsåtgärder utöver besök av tandvårdschefen vid vederbörande fakultet för information till de blivande tandläkarna, lokala stipendier och hyressubventioner samt bidrag till fortbildningskurser förekom ej. Man ansåg sig böra i princip iakttaga försiktighet med extra förmåner till tandläkarna med hänsyn till konsekvenserna för andra tjänstemannagrupper. Hyressubventionerna betraktades som en nödfallsåtgärd, svår att undvara i ett glesbygdslän av Jämtlands typ. År 1968 behandlades, trots vakanssituationen, 14 500 av cirka 18 000 barn i skolåldern, mycket tack vare den bedrivna profylaxens karieshämmande inverkan. Väntetiden för vuxna varierade upp till 5 år.

Folktandvårdsutredningen. Utredningen är väl medveten om att de spörsmål, som ovan berörts, i Sverige till huvudsaklig del är av den natur, att de faller inom området för parternas förhandlingsrätt. Utredningen har dock ansett sig böra redovisa de norska förslagen såsom underlag för den fortsatta diskussionen i ämnet, då de enligt utredningens mening bör vara principiellt tillämpliga även för våra glesbygdsdistrikt. Utan att bereda tandläkarna kompensation i en eller annan form för de olägenheter och kostnader, inklusive de lägre tantieminkomster, som verksamheten inom dylika distrikt i vissa fall medför, lärer man icke på ett stadigvarande sätt komma till rätta med rekryteringssituationen där.

Självfallet intar ersättningsfrågan en framträdande plats i detta hänseende. Påtagligt förbättrade villkor härutinnan vid tjänstgöring i glesbygdsdistrikten skulle med all sannolikhet stimulera åtskilliga tandläkare att söka här ifrågavarande tjänster och att kvarstanna på dessa en längre tid. Utredningen vill härjämte rikta uppmärksamheten på andra stimulansmöjligheter, såsom avkortad årsarbetstid med bibehållen lön i vissa härför lämpade fall samt resebidrag för att bereda tandläkarna tillfälle att hålla kontakt med kolleger inom andra delar av sjukvårdsområdet ävensom för studier i övrigt. De särskilda åtgärder för redan anställda tandläkare, som i sådant hänseende vidtagits i Norrbottens län, synes ha utfallit väl.

Vad angår stipendiefrågan vill utredningen erinra om att medicinalstyrelsens arbetsgrupp diskuterat värdet av nu utgående lokala stipendier och lån till blivande tandläkare och därvid konstaterat, att dessa, sedan flertalet landsting numera infört dylika förmåner, icke längre spelar samma

roll ur rekryteringssynpunkt som ursprungligen varit fallet. Mot denna bakgrund och under hänvisning till den studiesociala reform, som genomfördes för några år sedan, föreslog arbetsgruppen huvudmännen att överväga en avveckling av ifrågavarande särskilda förmåner. Folktandvårdsutredningen delar i princip den uppfattning, som arbetsgruppen sålunda givit uttryck åt, och vill för sin del framhålla, att möjligheten att avveckla de lokala stipendierna utan olägenheter ur rekryteringssynpunkt ökar, därest man förhandlingsvägen anser sig kunna införa sådana särskilda löneförmåner för glesbygdstjänsterna som ovan berörts. Enligt utredningens mening bör även de statliga stipendierna till blivande distriktstandläkare kunna avvecklas, när den ökade examinationen av tandläkare ger utslag. Anledning saknas då att för denna grupp studerande bibehålla ett särskilt stipendiesystem, helst som praktiska svårigheter möter att begränsa dessa till tjänster inom glesbygderna.

I princip torde man vidare vara ense om att nuvarande primärkommunala hyressubventioner bör avvecklas snarast möjligt. Vid utredningens studieresa kunde emellertid konstateras, att många nyanställda tandläkare betraktade denna förmån som praktiskt taget avgörande vid val av tjänstgöringsort, detta med hänsyn till svårigheterna att för rimligt pris erhålla en lämplig familjebostad i glesbygderna. Man torde därför få räkna med att t. v. bibehålla denna extra förmån i distrikt, där förhållandena motiverar detta. I viss mån bör dock hyressubventionerna kunna ersättas eller nedbringas genom de särskilda åtgärder som utredningen ovan omnämnt.

Rörande organisationen av distriktstandvården i glesbygderna får utredningen hänvisa till sina uttalanden i föregående kapitel. Härutöver synes det utredningen vara förtjänt att övervägas huruvida icke det vid studieresan framkomna förslaget om inköp av en eller flera tandvårdsbussar för bedrivande av profylaktisk tandvård bland småbarnen och enklare behandling av vuxna bör prövas som komplement till tandpoliklinikerna för avlägset belägna orter.

Om ett system med särskilda förmåner för distriktstandläkare vid glesbygdspoliklinikerna kommer att tillämpas, vill utredningen föreslå, att överläggningar upptages mellan socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet om vilka distrikt som skall anses utgöra glesbygdsdistrikt, eventuellt med en viss gradering av dessa. En överenskommelse i detta hänseende, som från början bör göras tämligen snäv, torde dock få revideras med jämna mellanrum med hänsyn till den befolkningsomflyttning som pågår och som kan beräknas fortgå under överskådlig tid framöver.

10 Tandläkarnas efterutbildning och vidareutbildning

10.1 *Efterutbildning*

Den snabba utvecklingen inom odontologin för med sig ett alltmera ökat behov av en kontinuerlig efterutbildning. Samtliga tandläkare behöver en fortlöpande orientering om nya behandlingsmetoder och forskningsrön för att kunna behandla sina patienter enligt vetenskapens senaste rön.

Möjligheter står f. n. öppna för alla tandläkare att deltaga i kurser anordnade av olika tandläkarsällskap eller av lokala tandläkarföreningar. Dessutom anordnas för distriktstandläkarna genom de flesta sjukvårdshuvudmännens försorg s. k. folktandvårdsdagar varje eller vartannat år. Vid dessa tillfällen anlitas ofta föreläsare från tandläkarhögskolorna för föredrag i aktuella ämnen. Den efterutbildning som sålunda står tandläkarna till buds saknar emellertid en systematisk inriktning. Bland tandläkarna finns klart uttalade önskemål om en bättre planering i detta hänseende.

Efterutbildningens mål bör vara att vidmakthålla kunskaperna och ge möjlighet att följa utvecklingen. Någon anledning att i detta hänseende skilja mellan tandläkarna inom folktandvården och privattandvården finns ej. Efterutbildningen bör därför liksom hittills anordnas gemensamt för dessa båda kategorier tandläkare. Men samtidigt bör särskilda åtgärder vidtas i syfte att säkra en mera ändamålsenlig planering av efterutbildningsverksamheten, så att densamma kommer att ge en metodisk översikt över den senaste utvecklingen inom odontologins centrala ämnesområden. Folktandvårdsutredningen vill för sin del förorda, att efterutbildningskurser inom dessa ämnesområden, omfattande högst en vecka, centralt planeras och administreras genom organiserat samarbete mellan tandläkarorganisationerna, landstingsförbundet och socialstyrelsen. Genom att i kursgivningen successivt, under förslagsvis en 5-årsperiod, ta upp olika centrala ämnesområden bör möjligheter skapas för en god täckning av det odontologiska efterutbildningsbehovet.

Utredningen vill tillägga, att även om kursverksamhetens planering sker centralt, hinder icke bör möta för att kursernas praktiska genomförande i lämpliga fall överlåts till lokala tandläkarorganisationer i samarbete med vederbörande huvudman.

10.2 *Vidareutbildning till småbarnstandläkare*

I kap. 4 har utredningen riktat uppmärksamheten på de problem som sammanhänger med behandlingen av sådana förskolebarn, som redan tidigt har ett klart behandlingsbehov. Sannolikt kommer en stor andel av dessa barn att erbjuda särskilda behandlingssvårigheter, i första hand betingade av bristande kontakt mellan tandläkare och patient. För att öka folk-

tandvårdens möjligheter att komma till rätta med detta problem erfordras tandläkare med särskild utbildning inom detta ämnesområde, i det följande kallade »småbarnstandläkare». Med denna benämning avses ej att begränsa deras verksamhet till enbart förskolebarn utan endast att ge ett samlat uttryck för deras särskilda utbildning.

Den utbildning som främst kommit i åtanke, då dessa problem tidigare diskuterats, har varit den som lett till specialistkompetens inom ämnesområdet barntandvård. Emellertid omfattar arbetsområdet för en specialist i barntandvård avsevärt mera än enbart omhändertagande av svårbehandlade barn. Andra viktiga arbetsområden är omhändertagande av mera komplicerade tandolycksfall, behandling av vissa bettutvecklingsrubbningar och medverkan i det profylaktiska arbetet. För den landstingsanställde specialisten tillkommer härutöver som en mycket viktig komponent vidareutbildningsverksamhet för intresserade allmäntandläkare.

Då tillgången på specialister inom barntandvården är mycket begränsad och då utbildningen för lång tid framåt kan bedömas som helt otillräcklig även för en mycket begränsad specialistorganisation inom folktandvården, torde det ej vara möjligt att inom rimlig tid få fram tillräcklig kapacitet för omhändertagande av de svårbehandlade barnen, därest fullt utbildade specialister skall anlitas. Ej heller torde fullständig specialistutbildning i regel vara nödvändig för den aktuella arbetsuppgiften. I stället bör en utbildning anordnas som — förutom att ge förtrogenhet med förekommande speciella vårdproblem av mera teknisk natur — bibringar kunskaper i barnpsykologi och barnpsykiatri samt innefattar praktiskt arbete med svårbehandlade barn under kvalificerad lärares ledning. Denna utbildning avses således endast omfatta en del av vad som behövs för full specialistkompetens. Den erforderliga tiden för denna utbildning torde kunna beräknas till ca en termin. Konsultationer med företrädare för utbildningen i barntandvård torde bli nödvändiga vid programmering av sådan utbildning, vilken så vitt kan bedömas, ej kan rymmas inom grundutbildningens ram. Till en början torde man i huvudsak få anlita högskolornas barntandvårdsavdelningar för genomförande av denna särskilda utbildning. Allteftersom specialister i barntandvård anställs inom landstingens folktandvård bör den praktiska delen av utbildningen kunna förläggas till de enskilda landstingens specialisttandpolikliniker. Det bör då finnas goda möjligheter att anpassa utbildningen till det lokala behovet.

Huvudansvaret för ifrågavarande utbildning bör i princip åvila staten. Med hänsyn till den betydelse utbildningen har för förskoletandvårdens utbyggande utgår dock utredningen från att huvudmännen skall ställa sig positiva till den medverkan som kan erfordras från deras sida för att utbildningen snarast möjligt skall komma till stånd.

10.3 *Vidareutbildning till högre tjänst*

Medicinalstyrelsens arbetsgrupp för utredning av frågor rörande rekrytering av tandläkare till folktandvården framhöll bl. a., att en systematisk vidareutbildning av poliklinikföreståndare och/eller blivande poliklinikföreståndare väsentligt borde kunna minska den avgång bland tandläkare inom distriktstandvården, som utgjort ett av folktandvårdens huvudproblem.

För folktandvårdens del kan rent allmänt konstateras att förekomsten av vidareutbildning, som kvalificerar till högre tjänster, regelmässigt tillmäts rekryteringsbefrämjande effekt. Exempel härpå utgör den gynnsamma rekryteringssituation som föreligger beträffande de inom folktandvården företrädda specialistområdena.

Det ökande behovet av en kvalificerad allmäntandvård kommer att kräva en för ändamålet väl avpassad vidareutbildning. En sådan är dessutom en förutsättning för att man till befordringstjänster och tjänster med viss specialinriktning skall kunna

rekrytera väl kvalificerade befattningshavare. Därtill kommer en stigande tendens bland nyexaminerade tandläkare att söka sig till tandpolikliniker med flera tandläkare för att därigenom få tillgång till handledning från äldre kolleger, varvid ansvaret i första hand ligger på föreståndaren. På olika sätt kommer sålunda behovet av en särskild föreståndarmeritering att framdeles framträda starkare än hittills, varvid kravet på förmågan att handleda kolleger kommer att intaga en framskjuten plats.

Den vidareutbildning som hittills förekommit inom folktandvården har huvudsakligen varit av rent klinisk-odontologisk karaktär, vanligtvis med sikte på specialistutbildning. En vidareutbildning inom distriktstandläkarkarriären bör emellertid framdeles, utöver vad som kan innefattas inom begreppet egentlig tandvård, även kunna omfatta social odontologi inkl. administration och personalledning. Den nedan föreslagna vidareutbildningens mål är främst att bibringa de tandläkare, som bereds tillfälle att genomgå densamma, sådana kunskaper att de kan meddela mer kvalificerad allmäntandvård än övriga tandläkare. De bör dessutom, vilket får anses som inte minst viktigt, kunna ge handledning åt mindre erfarna kolleger. Avsikten är sålunda icke att denna vidareutbildning skall leda fram till någon form av specialistkompetens utan bör utbildningskraven inom de enskilda ämnesområdena ställas på en nivå, som närmast motsvarar randutbildning för vinnande av specialistkompetens.

Inom sådana ämnen som *barntandvård, tandlossningssjukdomar* och *protetik* bör i vidareutbildningen ingå dels en föreläsningsserie, dels ock kompletterande praktisk tjänstgöring. Föreläsningsserierna torde med fördel kunna genomföras i form av intensivkurser, vilka också bör omfatta kliniska demonstrationer, litteraturredovisning och seminarieövningar. Den kompletterande praktiska tjänstgöringen bör åtminstone i viss utsträckning ske på specialistpoliklinik eller vid odontologisk fakultet. Då antalet sådana utbildningsplatser vid specialavdelningar t. v. kan antas bli mycket begränsat och då bortovaron från den egna kliniken bör göras så kort som möjligt, torde viss del av den praktiska tjänstgöringen få förläggas till distriktstandvården. I utbildningsprogrammet bör därför också ingå redovisning av kliniska fall, vilka företrädesvis bör vara hämtade från tjänstgöringen inom distriktstandvården.

Den sammanlagda kurstiden bör för vart och ett av de angivna ämnena motsvara ca ett halvt års heltidstjänst, varav för föreläsningar, demonstrationer, kunskapskontroller m. m. bör disponeras ca 4 veckor. Resterande tid ägnas åt praktisk tjänstgöring, som dock ej behöver genomföras under loppet av ett kalenderhalvår. Det kan i stället vara fördelaktigt om tjänstgöringen fullgörs som deltidstjänstgöring med i motsvarande grad förlängd tjänstgöringsperiod. I den mån den praktiska tjänstgöringen förläggs till distriktstandpoliklinik, bör vederbörande tandläkare medgivas tillfällig möjlighet till sådan specialinriktning av sin verksamhet som kursdeltagandet motiverar. Vid svårighet att förlägga den praktiska tjänstgöringen till specialistpoliklinik bör regelbunden auskultation på sådan poliklinik organiseras. Därjämte bör handledaren med vissa mellanrum besöka auskultantens egen poliklinik för genomgång på platsen av aktuella fall.

För övriga ämnen som kommer i fråga vid vidareutbildningen inom allmäntandvården, t. ex. *odontologisk röntgendiagnostik, rotbehandling, tandkirurgi, tandhälsovård* och *tandreglering,* torde i allmänhet ett något mindre omfattande program vara tillfyllest. Mot bakgrund av de goda erfarenheter som från specialistutbildningen finns av randutbildning genom intensivkurser med ett veckolångt föreläsningsprogram och därefter några veckors programmerad korttidstjänstgöring på specialistpoliklinik eller motsvarande, finns det skäl föreslå en liknande uppläggning för den föreslagna vidareutbildningen i de nu angivna ämnena. Beträffande rotbehandling, tandkirurgi och tandreglering kan det dock vara lämpligt att för tandläkare, som i

större omfattning önskar ägna sig åt något eller några av dessa ämnen, vidareutbildningen byggs på med praktisk tjänstgöring i samma omfattning som ovan föreslagits för barntandvård m. fl. ämnen. Förekommande litteraturstudier bör i möjligaste mån genomföras som kursförberedelse.

Vissa svårigheter torde för närvarande föreligga för en motsvarande organisation av utbildningen i *social odontologi*. Även om vissa avsnitt av detta ämnesområde varit föremål för forskning och undervisning har det i vårt land hittills stannat vid tendenser till att ge ämnet den fasta organisation och institutionella bakgrund som fordras för effektiv undervisning. De kurser som socialstyrelsen sedan 1966 regelbundet anordnat för tandvårdschefer m. fl. och som i viss utsträckning behandlat socialodontologiska spörsmål torde vara de första försöken att genom organiserad kursgivning ge socialodontologiska frågor och problemställningar en samlad analys. Med hänsyn till den snabba utvecklingen inom tandvårdssektorn — alldeles särskilt den offentliga delen — torde behovet av utbildning inom social odontologi snart göra sig gällande särskilt för dem som placeras på ledande befattningar (tandvårdschefer, cheftandläkare, föreståndare vid medelstora och större polikliniker) inom folktandvården. En allmän tandvårdsförsäkring kommer sannolikt också att aktualisera spörsmål beträffande tandsjukdomarnas utbredning och därmed sammanhängande vårdbehov, vilkas lösning torde underlättas om de kan bli föremål för studium och analys inom en institution med socialodontologisk inriktning. Frågan om den socialodontologiska undervisningens och forskningens omfattning, organisation och huvudmannaskap m. m. bör därför lösas utan onödigt dröjsmål.

Vid behandlingen av denna fråga har kommit till utredningens kännedom, att vid odontologiska fakulteten i Lund föreligger preliminära planer på undervisning och forskning i ämnet social odontologi såsom resultat av en där verkställd utredning under ledning av numera avlidne professorn Sven Sellman. Enligt denna utredning bör utbildningen vara såväl teoretisk som praktisk, varvid den teoretiska delen avsågs få följande innehåll:

1. *Samhällets allmänna struktur* och organisation, utveckling och utvecklingstendenser.
2. *Administrativ odontologi:* organisation och funktion av samhällets tandvård i relation till tandvårdsbehovet; ekonomiska aspekter, författningskunskap, skadeståndsrätt, juridiska och etiska aspekter; angelägenhetsgradering av reformkrav; arbetsledning.
3. *Odontologisk epidemiologi:* tandsjukdomarnas spridning i befolkningen fördelad efter olika variabler såsom kön, ålder, civilstånd, bostadsort, socioekonomisk status etc., statistisk metodik, biostatistik, utvärdering och vårdresultat.
4. *»Profylaktisk» odontologi:* effekten av olika åtgärder mot de vanliga tandsjukdomarna, mot traumatiska eller miljöbetingade skador genom farmaka. Hälsofostran. Yrkeshygien.
5. *Social odontologi* (i begränsad mening): strävan att se patienten mot bakgrunden av hans personlighet och miljö, att studera sociala och psykologiska faktorers inflytande på sjukdomsbild och vårdbehov. Förhållandet patient—tandläkare, tandläkare—myndighet. Kommunikation, information, motivation.

I den praktiska delen av kursen skulle lämpligen ingå undervisning och tjänstgöring inom anstaltstandvård, militärtandvård, sjukhustandvård, handikappvård, rehabiliteringsvård m. m. Dessutom borde kunskaper och erfarenhet erhållas beträffande de centrala administrativa hälso- och sjukvårdsorganen på såväl riks- och regionsom länsplanet.

Kursen borde planeras som en vidareutbildningskurs, som för fram till en klart angiven kompetens, lämplig för ledande poster inom samhällelig och specialiserad tandvård. Till dess erfarenhet vunnits beträffande kursens innehåll och uppläggning samt samhällets behov av på sådant sätt utbildad arbetskraft, föreslås dock en försöksverksamhet av efterutbildningskaraktär avsedd för dem som redan innehar eller aspirerar på ledande poster inom samhällets tandvård. Undervisningen kunde då

lämpligen fördelas på 2—4 perioder under ett eller två läsår och sammanlagt omfatta förslagsvis 6 veckor.

Folktandvårdsutredningen är för sin del icke beredd att i nuvarande läge taga närmare ställning till frågan om den social-odontologiska utbildningens innehåll och praktiska utformning. Enligt vad utredningen erfarit torde ett vidare utvecklingsarbete, som syftar till att forma ett undervisnings- och forskningsprogram inom social odontologi, komma att bedrivas vid odontologiska fakulteten i Lund. Programmet avses beröra verksamheten fördelad på tre nivåer, nämligen grundutbildningen, efterutbildningen för svenska tandläkare samt en högre efterutbildning på gemensam nordisk nivå. Den precisering av målsättningen för undervisningen på olika nivåer och den samordning som detta utvecklingsarbete kan medföra synes utredningen vara av största vikt och bör kunna ge erforderlig överblick över hur undervisningen på sikt skall utformas. I avvaktan härpå anser utredningen att efterutbildningskurserna bör koncentreras till ämnena administrativ odontologi, odontologisk epidemiologi och profylaktisk odontologi, beträffande vilka vidareutbildningsbehovet är mera klart dokumenterat. Utbildningen torde under försöksperioden inte böra ges större omfattning än att den kan rymmas inom en tidsram av högst 3 veckor.

Utredningen finner naturligt att försökskurserna i social odontologi förläggs till någon eller några av de odontologiska fakulteterna, varvid de i Lund och/eller Stockholm närmast torde komma i fråga. Då det icke synes uteslutet att undervisningen i vissa delar av de i kursen ingående ämnena kan ske gemensamt med undervisningen i socialmedicin, bör vid kursens närmare utformning samråd äga rum med vederbörande fakultet. Kontakt bör även tagas med landstingsförbundets utbildningsavdelning, som enligt vad utredningen inhämtat bl. a. planerar viss kursgivning i administrativa ämnen för landstingens befattningshavare.

För högre tjänster inom distriktstandvården saknas f. n. — i motsats till tjänster inom specialisttandvården — särskilda kompetenskrav, vilket får anses som en väsentlig brist. Genom den föreslagna vidareutbildningen, som bör avslutas med kunskapsprov, erhålls möjlighet att fastställa kompetensvillkor även för tjänster inom distriktstandvården. Efter lämplig övergångstid bör som kompetenskrav för tjänster som förste distriktstandläkare vid 4-tandläkarpolikliniker och större avtalsvägen kunna föreskrivas genomgång av minst 2 av de ovan nämnda kurserna i barntandvård, tandlossningssjukdomar och protetik samt därtill minst 3 av kurserna i odontologisk röntgendiagnostik, rotbehandling, tandkirurgi, tandhälsovård och tandreglering. Genomgång av kurs i social odontologi bör framdeles bli obligatorisk, i första hand för tandvårdscheferna och cheftandläkarna.

Genomgång av föreskrivna kurser förutsätts kunna förenas med ordinarie tjänst i folktandvården, vilket innebär att studierna fram till full kompetens i normalfallet kan komma att sträcka sig över 4—5 år. I inledningsskedet, då utbildningskapaciteten kan förväntas vara starkt begränsad, kommer sannolikt en något längre utbildningstid att erfordras.

10.4 *Handledning av nyexaminerade tandläkare*

Hittills har det varit relativt vanligt att nyexaminerade tandläkare fått sitt första förordnande på en mindre poliklinik med små möjligheter att erhålla handledning och integrerad utbildning. En sådan ordning är enligt utredningens uppfattning icke tillfredsställande.

Den i det föregående skisserade vidareutbildningen, som i synnerhet föreståndare vid större distriktstandpolikliniker på sikt kan beräknas ha tillgodogjort sig, kommer att ge distriktstandvården möjligheter att i större utsträckning än hittills tillgodose de yngre tandläkarnas behov av handledning. Intresset för tjänster som underordnade distriktstandläkare vid sådana större dist-

riktstandpolikliniker torde redan nu vara stort, då dessa polikliniker oftast är geografiskt väl belägna. Ett genomförande av utredningens förslag till vidareutbildning skulle göra dylika tjänster än mer attraktiva. Då enligt utredningens uppfattning sådan tjänstgöring framstår som speciellt värdefull för nyexaminerade tandläkare, vill utredningen förorda att ett visst antal tjänster, förslagsvis 2 vid 6—7-manspolikliniker, 3 vid 8-manspolikliniker och större, reserveras för tandläkare med högst ett års yrkesverksamhet. Dessa tandläkare bör kunna få engångsförordnande för minst 2 år och högst 3 år. Tjänstgöringen bör omfatta allmän tandvård, men under del av tjänstgöringen bör möjlighet föreligga för vederbörande att i mån av visad lämplighet få halvtidstjänstgöring på odontologisk specialavdelning. Genom tillskapande av dessa tjänster ges den nyexaminerade tandläkaren tillfälle att under erfaren ledning skaffa sig en god kunskaps- och erfarenhetsbakgrund till gagn för den fortsatta verksamheten.

Självfallet bör det bli ett huvudmannaintresse att erbjuda fortsatt tjänstgöring inom folktandvården efter förordnandets slut. Det kan dock icke uteslutas att vederbörande tandläkare blir mindre benägen att efter nämnda tjänstgöring söka plats på en liten distriktstandpoliklinik än vad som skulle varit fallet direkt efter examen. I de avgöranden som aktualiseras för den enskilde tandläkaren vid förordnandets utgång ingår självfallet också ett ställningstagande i fråga om arten av den framtida yrkesutövningen, varvid tjänsteförändringen åtminstone indirekt t. o. m. kan tänkas bli ett incitament för övergång till privatpraktik. Det är därför väsentligt, om resultatet av den föreslagna nya tjänstetypen skall bli alltigenom gott, att lönesystemet får en sådan utformning att det i den aktuella situationen i stället stimulerar till fortsatt tjänstgöring inom folktandvården, särskilt vid de minsta distriktstandpoliklinikerna.

11 Hjälpkrafterna

11.1 *Arbetsfördelningen mellan tandläkarna och deras hjälpkrafter*

11.1.1 Gävleborgsundersökningen

I en undersökning, som en av Gävleborgs läns landsting hösten 1967 tillsatt arbetsgrupp genomfört, redovisas de olika arbetsuppgifter som åvilar tandläkare, tandsköterskor och tandsköterskeelever vid folktandvårdspoliklinikerna. Undersökningsperioden omfattade två veckor och genomfördes vid 5 distriktstandpolikliniker av varierande storlek. För att få ett säkrare underlag för slutsatserna genomfördes en kompletterande undersökning vid två av poliklinikerna, nämligen 1-manspolikliniken i Gnarp och 4-manspolikliniken i Söderhamn. Då sistnämnda poliklinik visat sig representera den undre gränsen i storlek för fördelning av arbetsuppgifterna på flera befattningshavare än tandsköterskor och elever har en närmare redogörelse lämnats för undersökningen vid denna poliklinik. Genom arbetsgruppens försorg har vidare vissa undersökningar genomförts beträffande möjligheten att delegera arbetsuppgifter från högre kvalificerad personal till lägre samt förutsättningarna för att renodla och sammanföra arbetsuppgifter av likartad karaktär och på så sätt få ett grundunderlag för personalplaneringen.

Undersökningarna har främst föranletts av svårigheter att rekrytera första tandsköterskor och tandsköterskeelever, poliklinikchefernas begäran om inrättande av kontorsbiträdestjänster vid större polikliniker, skolöverstyrelsens förslag om ändrad utbildningsgång för tandsköterskor, innebärande att elevtjänstgöringen före intagning på tandsköterskeskola slopas, övergång till arbete enligt sit-downmetoden och behovet av ökad insats på profylaxområdet.

Landstinget har tidigare i princip accepterat att ställa två behandlingsrum till varje tandläkares förfogande. De gångna årens erfarenheter anses styrka uppfattningen om en fortsatt utbyggnad av folktandvårdspoliklinikerna med två behandlingsrum per tandläkare. För att effektivt kunna utnyttja denna behandlingsenhet har landstinget generellt medgivit två hjälpkrafter per tandläkare, nämligen tandsköterska och elev eller extra biträde. Denna behandlingsenhet skall i första hand förses med sitdownutrustning i ena behandlingsrummet och konventionell utrustning i det andra. Anledningen härtill är i första hand kostnadsskäl och i andra hand önskemålet att förse varje behandlingsenhet med utrustning för olika behandlingssätt. I framtiden beräknas båda behandlingsrummen få lika utrustning, som medger behandling av såväl sittande som liggande patienter.

Undersökningen rörande *personalens nuvarande arbetsuppgifter* grundar sig på sammanställningar, som befattningshavarna efter undersökningsperiodens slut fick göra

beträffande tidsåtgången för de väsentligaste arbetsmomenten. Vid bearbetningen systematiserades uppgiftsmaterialet i följande huvudfunktioner: tandvård, servicefunktion, administration, personalkontakter och övrigt. Huvudfunktionerna specificerades i underfunktioner för dels tandläkare, dels tandsköterskor och elever.

Av undersökningen framgår bl. a. följande:

a) Tandläkarnas tider för patientbehandling varierade mellan 76—92 %.

b) Väntetiden p. g.a. saknad assistans var mycket låg. Sammanlagt har under undersökningsperioden endast redovisats 10 minuter.

c) Väntetiden av andra skäl, framför allt patientens uteblivande, var väsentligt högre, nämligen totalt 290 minuter.

d) Någon egentlig arbetsfördelning mellan tandsköterskor och elever förekom inte utan dessa sysslade strängt taget med samma saker.

e) Tandsköterskornas och elevernas tid för assistans varierade mellan 10—22 % respektive 7—18 %.

f) Den tandläkare, som har sit-downutrustning, fordrade ungefär dubbelt så mycket assistans som övriga tandläkare vid polikliniken, nämligen 1 070 min. mot 388, 709 och 656 min. för de tre övriga. (Detta trots att förstnämnde tandläkare var tjänstledig en dag under undersökningsperioden.)

g) Summan av tandvårdsfunktionerna, assistans, för- och efterarbete, höll sig påfallande konstant, omkring 40 %.

h) För städning, diskning, torkning, sterilisering och övrig instrumentvård åtgick 13—24 % för tandsköterskorna och 26—32 % för eleverna.

i) Patient- och kontorsadministration tog i anspråk 23—28 % av tandsköterskornas tid respektive 8—13 % av elevernas.

På grundval av undersökningens resultat framlade arbetsgruppen förslag till *omfördelning av arbetsuppgifterna* med syfte att genom ökad specialisering av personalen få ett mera effektivt utnyttjande av denna. Genom omfördelningen friställdes de 4 tandsköterskorna 638, 1 239, 618 resp. 812 minuter. Denna tid borde främst ägnas åt utökad tandläkarassistans samt profylaktiskt arbete. Arbetsuppgifter, som skulle kunna utföras av tandvårdsbiträden, har under undersökningsperioden tagit sammanlagt 6 559 minuter i anspråk. Denna tid utgör underlag för knappt 3 tjänster om man avsätter 2 300 minuter för varje tjänst. Sammanlagt 4 250 minuter har åtgått för arbetsuppgifter, som skulle kunna utföras av steriliseringsbiträde. Rent matematiskt skulle denna tid utgöra underlag för 1,8 tjänster, men i bedömningen av antalet erforderliga tjänster måste hänsyn tas till den rationaliseringsvinst, som man beräknas göra genom samordningen av steriliseringsarbetet. Av undersökningen framgår vidare, att vid en 4-tandläkarpoliklinik underlag finns för en heltidsanställd kontorist.

Den största vinsten av den föreslagna omfördelningen av arbetsuppgifter är att man frigör arbetstid, i viss utsträckning från tandläkarna med 251 minuter, men framförallt från tandsköterskorna med 3 307 minuter, motsvarande 1 1/2 tjänst.

Med ledning av nu angiven omfördelning av arbetsuppgifterna har arbetsgruppen framlagt *principförslag rörande personaluppsättningen* vid polikliniker av i länet förekommande storleksordning. Då förändringarna i personalsammansättningen främst kommer till uttryck vid 4-tandläkarpoliklinik och större, redovisas här vad som föreslagits för polikliniker med 4, 6, 8 resp. 9 tandläkare.

4-tandläkarpoliklinik

4 1/2	tandsköterskor, varav 1 första tandsköterska
4	tandvårdsbiträden, varav 1 sterilisationsbiträde
1	kontorist
1	ev. 2 praktikanter

6-tandläkarpoliklinik

6 1/2 tandsköterskor, varav 1 första tandsköterska
6 1/2 tandvårdsbiträden, varav 1 1/2 sterilisationsbiträde
1 kontorist
2 praktikanter

8-tandläkarpoliklinik (kv. Spanien i Gävle)

9 tandsköterskor, varav 1 första tandsköterska
9 tandvårdsbiträden, varav 2 sterilisationsbiträden
1 telefonist för den gemensamma växeln för hela folktandvården i Gävle (speciell tjänst för denna klinik)
1 kontorist
2 praktikanter

9-tandläkarpoliklinik (Sandviken)

10 tandsköterskor, varav 1 första tandsköterska
10 tandvårdsbiträden, varav 2 sterilisationsbiträden
1 kontorist (förutsätter att lasarettets växel sköter telefontjänsten för kliniken)
2 praktikanter

Som inledningsvis angivits utgår förslaget från att varje tandläkare i princip skall förfoga över två hjälpkrafter, 1 tandsköterska och 1 tandvårdsbiträde eller 1 praktikant. Vid 4-tandläkarpolikliniken och större föreslås därutöver en tjänst som första tandsköterska, en tjänst som sterilisationsbiträde och en tjänst som kontorist. Vid 6-tandläkarpolikliniken tillkommer ytterligare ½ tjänst som sterilisationsbiträde och vid 8-tandläkarpolikliniken 1 tjänst för detta ändamål.

I principförslaget har inte beaktats ev. behov av särskild personal för profylaktisk verksamhet. Däremot förutsätts, att personalen vid poliklinikerna skall kunna bedriva en förhållandevis omfattande profylaktisk verksamhet både i grupp och för enskilda patienter.

Som *allmän kommentar* till principförslaget framhålls att det vid bestämmandet av personaluppsättningen är av väsentlig betydelse, vilken målsättning man har för folktandvårdens verksamhet och i vilken omfattning man från landstingets sida är beredd att ekonomiskt satsa på denna verksamhet och i den ingående deluppgifter t. ex. av profylaktisk karaktär.

Samtidigt konstateras, att det sedan lång tid tillbaka råder stor efterfrågan på vuxentandvård vid länets folktandvårdspolikliniker och att även viss del av barnklientelets behov inte kan tillgodoses, varför det är angeläget att i så stor omfattning som möjligt effektivisera verksamheten på poliklinikerna.

Av vikt är därvid att bättre utnyttja tandläkarnas kapacitet. Så kan enligt arbetsgruppens åsikt ske, om man bygger upp varje behandlingsenhet som en teamfunktion bestående av tandläkare, tandsköterska och ytterligare en hjälpkraft. I den utsträckning det är möjligt bör man undvika en organisation med ambulerande personal mellan behandlingsenheterna. Ett välutbildat och rutinerat arbetsteam innebär, att tandläkarens arbete flyter störningsfritt. Assisterande personal bör med en sådan organisation även kunna överta en del arbeten, som idag utförs av tandläkaren.

Tillika framhålls, att behovet av assistans är olika hos olika tandläkare och att förslaget närmast har karaktären av maximiberäkning.

Enligt arbetsgruppen bör utbildningsformer skapas för tandvårds- och sterilisationsbiträden samt kontorister, i första hand inom vårdyrkesskolans ram.

11.1.2 Folktandvårdsutredningens synpunkter

Den nu redovisade rationaliseringsundersökningen är, såvitt folktandvårdsutredningen har sig bekant, den enda mera ingående rationaliseringsundersökning som under senare år ägt rum inom folktandvården. Utredningen, som genom sina experter närmare tagit del av undersökningen, har funnit dess resultat i stort sett väl ägnade att läggas till grund för fortsatt rationaliseringsarbete inom folktandvården. Med beaktande av vad vid denna undersökning framkommit och med ledning av de erfa-

renheter som utredningens egna experter förvärvat, vill utredningen för sin del framföra följande synpunkter på arbetsfördelningen mellan tandläkaren och hans hjälpkrafter.

Då det kommer att dröja avsevärd tid, innan tandhygienister finns tillgängliga i mera betydande antal, synes man i fråga om rationalisering av tandläkarpraktiken närmast böra inrikta sig på vad som kan åstadkommas genom ett överförande av vissa arbetsuppgifter från tandläkaren till tandsköterskan. Härvid kommer främst ifråga uppgifter av praktikadministrativt och praktikorganisatoriskt slag, vilka tandläkaren numera själv i stor utsträckning handhar men som med fördel kan överlåtas till tandsköterskan. Denna bör sålunda bl. a. kunna biträda med redovisnings-, rekvisitions- och inköpsrutiner. Vidare bör hon användas för att efter diktamen föra journaler, inklusive upptagande av vissa uppgifter samt förande av daganteckningar, ävensom att efter direktiv planera behandlingstider. Utskrivning av kvitton samt upptagande av betalning bör även handhas av tandsköterskan, i förekommande fall i samarbete med kassörska.

Men även en del åtgärder inom den direkta patientvården bör kunna överlämnas till tandsköterskan utan att dock tandläkarens primära ansvarsställning gentemot patienterna därigenom rubbas. Detta gäller närmast följande åtgärder

a) röntgenexponering i rutinfall
b) fluorsköljning och -pensling
c) tandborstningsinstruktion för patienter (över huvud taget munhygienisk instruktion)

Tandsköterskorna förutsätts i tandsköterskeskolan erhålla nödvändig teoretisk och praktisk utbildning för såväl all erforderlig assistans åt tandläkare som för de mera självständiga arbetsmoment, som ovan avses, dock begränsade till rutinfall och okomplicerade fall.

Det bör emellertid betonas, att ett överlämnande av vidgade arbetsuppgifter till tandsköterskan innebär en rationalisering endast i den mån tandläkaren har ytterligare assisterande personal och extra behandlingsrum till förfogande. Är detta inte fallet kan inbesparad tid endast delvis användas till arbete på annan patient.

Samtidigt måste understrykas, att tandläkarnas behov av assistans varierar i stor utsträckning, beroende på personlig läggning men ofta också på bristande kunskap och erfarenhet i detta avseende.

Om god effekt skall uppnås av vidtagna rationaliseringsåtgärder bör därför även tandläkarna ges erforderlig instruktion och övning ifråga om ett rätt tillvaratagande av tandsköterskans arbetskraft. I tandläkarutbildningen har nämligen hittills ej ingått någon systematisk undervisning i praktikorganisation och praktikadministration, ej heller har de blivande tandläkarna under studietiden fått tillfälle att i patientarbetet lära och inöva en arbetsmetod som innebär mera omfattande assistans från tandsköterskans sida. Detta torde främst sammanhänga med att tandläkarstuderandena under sin kliniska tjänstgöring vid de odontologiska fakulteterna i regel assisteras av tandsköterskeelever. En omläggning till assistans av examinerade tandsköterskor under studietiden skulle säkerligen medföra betydligt effektivare samarbete mellan den färdiga tandläkaren och hans assisterande personal, även om man alltjämt måste räkna med personliga avvikelser från en standardiserad rutin i ett arbete av den specialiserade karaktär som tandläkaryrket utgör. En dylik omläggning torde framstå som än mer angelägen om tandsköterskeeleverna, såsom planeras, framdeles i regel ej kommer att ha någon praktik före sin grundutbildning. För redan yrkesverksamma tandläkare bör en efterutbildning i dylika samarbetsfrågor lämpligen anordnas i samband med den efterutbildningsverksamhet, som utredningen behandlat i kap. 10.

Under senare år har folktandvården tillförts en ny kategori hjälpkrafter, vilka i analogi med förhållandet på sjukvårdsområdet benämnts tandvårdsbiträden. De har före sin anställning i folktandvården i all-

mänhet helt saknat utbildning på tandvårdsområdet. De flesta torde ha rekryterats från sjukvårdssidan och av dessa torde vissa ha haft sjukvårdsbiträdesutbildning. Antalet tandvårdsbiträden har hittills varit ringa. I Gävleborgsundersökningen har emellertid räknats med användande av tandvårdsbiträden i större utsträckning, bl. a. av den anledningen att en omläggning av tandsköterskeutbildningen skulle medföra att tandsköterskeelever framdeles ej längre skulle vara tillgängliga som arbetskraft.

Av de arbetsuppgifter, som traditionellt ansetts åvila tandsköterskan resp. anses kunna överlåtas åt henne, är det enligt utredningens mening egentligen endast sterilisationsarbetet, kassagöromålen, en del maskinskrivning och allmänna kontorsgöromål, inklusive postärenden, som klart kan avskiljas från tandsköterskans egentliga arbete. Övriga arbetsuppgifter, även om de är av varierande art och svårighetsgrad, hänger så nära samman, att de ej lämpligen kan skiljas från varandra eller de har så ringa omfattning, att man ej kan anställa särskild arbetskraft för deras handhavande. I en mindre tandläkarverksamhet kan samtliga nu nämnda uppgifter lämpligen handhas av tandsköterskan ensam. Vid relativt stora tandpolikliniker, exempelvis vid sådana för fyra eller fler tandläkare, blir sterilisationsarbetet resp. kassa- och kontorsgöromålen däremot av sådan omfattning, att särskild arbetskraft för deras ombesörjande kan vara motiverad.

Med beaktande av dessa förhållanden anser utredningen att man inom folktandvården ej kan finna sysselsättning för något större antal personer av kategorin tandvårdsbiträden. Det synes t. v. ligga närmast till hands att rekrytera tandvårdsbiträdena ur kategorin sjukvårdsbiträden. För dessa torde endast erfordras en kortare introduktionskurs på ca en vecka, vilken bör omfatta kort översikt över folktandvårdens organisation och tandvårdsbiträdets arbetsuppgifter inom poliklinikerna. I särskilda fall bör kravet på genomgången grundutbildning för sjukvårdsbiträden kunna ersättas av några månaders tjänstgöring på en tandpoliklinik.

Ytterligare rationaliseringsvinster torde endast kunna uppnås genom systematiska studier av tandläkararbetets och assistansuppgifternas natur i förening med tandläkarutrustningens och behandlingsrummets planering. Härigenom skapas grund för ett metodiskt lagarbete. Ett omfattande men delvis föga planmässigt experimenterande har på senare år ägt rum på detta område och resulterat i framställning av en rad ur funktionell synpunkt mer eller mindre lämpliga tandläkarutrustningar. Bortsett från att verkliga belägg saknas för hur stora rationaliseringsvinster, som olika typer av utrustning kan erbjuda, utgör själva inköpet av dylik utrustning en ekonomisk fråga av stor omfattning för folktandvården, och risken för felplanering måste tyvärr idag bedömas som stor. Spridda undersökningar har gjorts, men dessa är icke sammanställda och allmänt tillgängliga. En genomgång av det undersökningsmaterial som hittills framkommit samt en analys av de ytterligare undersökningar som behöver göras är därför av vikt. Det har upplysts, att socialstyrelsen i skrivelse till SPRI i början av år 1969 påkallat en utredning i förevarande hänseende.

Enligt uppgift har frågor rörande utveckling av funktionell tandläkarutrustning, behandlingsrummets planering och teknisk nomenklatur även tagits upp av arbetsgrupper inom den internationella tandläkarorganisationen, Federation Dentaire Internationale, till vilken de svenska tandläkarorganisationerna är anslutna, och inom International Standards Organisation, till vilken den svenska standardiseringskommittén för tandvårdsmateriel inom SPRI är knuten. Då en stor del av den tandvårdsutrustning, som används i Sverige, tillverkas utomlands, anser utredningen det angeläget att detta internationella samarbete stimuleras från svensk sida.

11.2 *Behovet av hjälpkrafter och deras utbildning*

11.2.1 Det totala behovet

I Gävleborgsundersökningen har sammanlagda antalet hjälpkrafter per tandläkare beräknats till mellan 2,25 (vid 2- och 4-tandläkarpoliklinikerna) och 2,5 (vid 1-tandläkarpolikliniken). Vid poliklinikerna för 5—9 tandläkare är relationstalet ca 2,3. Härvid har medräknats tandsköterskor, tandvårdsbiträden, inklusive sterilisationsbiträden, samt i förekommande fall kontorister. Det bör erinras om att dessa beräkningar grundar sig på ett principförslag, där föreslagna hjälpkrafter innefattar det maximala antalet. Folktandvårdsutredningen anser för sin del motiverat att räkna med ett något lägre genomsnitt än som skett i Gävleborgsundersökningen, särskilt om tandläkarna erhåller den undervisning och träning i samarbete med tandsköterskorna som utredningen förordat. En fullt godtagbar rationalisering bör med ledning av erfarenheten kunna uppnås, om antalet hjälpkrafter, inklusive sterilisationsbiträden och kontorister men exklusive tandhygienister och tandtekniker, beräknas till i genomsnitt 2 per tandläkare.

Behovet av följande huvudtyper av hjälpkrafter belyses närmare här nedan.

11.2.2 Tandsköterskor

Tandsköterskeutbildningen har sedan år 1948 byggts ut till större kapacitet, dels genom ökning av intagningskapaciteten vid tandsköterskeskolorna i Stockholm och Malmö samt vid Eastmaninstitutet, dels genom inrättandet av ytterligare utbildningsanstalter, därav två statliga tandsköterskeskolor i Umeå och Göteborg och tio skolor med landstingskommunal eller kommunal huvudman. Intagningskapaciteten har därigenom ökat från ca 170 per år i slutet av 1940-talet till ca 600 per år läsåret 1968/69. Platsernas fördelning på de olika skolorna framgår av följande uppställning.

	pl.	
Statliga skolor		
Stockholm	80	
Göteborg	40	
Malmö	80	
Umeå	60	260
Kommunala skolor		
Eastmaninstitutet	45	
Örebro	40	
Boden	28	
Klingstaskolan, Näsby Park	32	
Karlstad	24	
Linköping	32	
Vänersborg	36	
Uppsala	28	
Gävle	48	
Jönköping	28	341
	Sammanlagt ca	600

Tandsköterskeutbildningen följer i huvuddrag av Kungl. Maj:t år 1948 meddelade riktlinjer, som dock f. n. är under omprövning.

Antalet yrkesverksamma tandsköterskor beräknas uppgå till ca 6 000. Av dessa är ca 2 380 anställda inom folktandvården, ca 320 verksamma inom övrig offentlig tandvård (tandläkarhögskolor, tandsköterskeskolor, militärtandvården samt vid vissa anstalter med heltidsanställda tandläkare) och ca 3 300 verksamma hos privatpraktiserande tandläkare.

Inom medicinalstyrelsens tandvårdsbyrå uppgjordes i december 1963 en *prognos över behovet* av ytterligare utbildningsmöjligheter för tandsköterskor. I prognosen redovisades en undersökning, som bl. a. visade att antalet examinerade (jämte dispenserade) tandsköterskor i genomsnitt utgjorde 1,07 per tandläkare. Med hänsyn till att det vid denna tidpunkt förelåg ett visst underskott på tandsköterskor beräknades det verkliga behovet av examinerade tandsköterskor vara 1,1 per tandläkare. I prognosen gjordes vidare på grundval av en del då företagna mindre undersökningar antagandet att tandsköterskor i privat tjänst stannade i yrket i genomsnitt ca 7

år efter genomgången utbildning och att tandsköterskor i offentlig tjänst stannade i genomsnitt 11 år. En av Svenska tandsköterskeförbundet år 1966 gjord undersökning över avgången ur förbundet i samband med avgång ur yrket utvisade något högre siffror, nämligen 7,4 resp. 12,6 år.

Det gjordes även en undersökning över åldersfördelningen bland yrkesverksamma medlemmar av förbundet. Därvid fann man bl. a. att de yrkesverksamma i privattandvård arbetat i yrket genomsnittligt 8,6 år och de kommunalanställda 14,8 år. Dessa siffror ger alltså ännu något högre genomsnittlig tid i yrket än den förut nämnda undersökningen. Det bör härvid observeras att en undersökning av åldersspridningen bland de yrkesverksamma tandsköterskorna, visade att medianåldern för tandsköterskor i privat tjänst utgjorde 23 år, innebärande 5 år inom yrket efter 18 års ålder. Medianåldern för kommunalanställda tandsköterskor var 29 år, vilket betyder 11 års verksamhet i yrket efter 18 års ålder. Med hänsyn härtill synes försiktigheten bjuda, att man vid uppgörandet av prognos t. v. räknar med genomsnittligt ca 7 års verksamhet inom yrket för de privatanställda tandsköterskorna och ca 11 år för de i offentlig tjänst verksamma. Det kan tilläggas, att som orsak till avgången ur yrket främst uppgavs övergång till annan yrkesverksamhet och hemarbete.

Med utgångspunkt från nu redovisade resultat rörande avgången ur yrket skulle enbart av detta skäl krävas ca 530 nya tandsköterskor per år. Därutöver behöver tandsköterskekåren ökas i takt med tandläkarkårens tillväxt. Under perioden 1970—1975 beräknas en nettoökning av tandläkarkåren med ca 200 tandläkare per år, som för åren 1976—1980 väntas stiga till ca 300 per år. Med hänsyn till vad utredningen under föregående avsnitt förordat angående ökade arbetsuppgifter för tandsköterskorna och till den sannolika förändringen av elevernas praktiska tjänstgöring bör behovet av examinerade tandsköterskor beräknas högre än tidigare. Behovet torde kunna uppskattas till ca 1,8 per tandläkare inom folktandvården och 1,5 per tandläkare inom privattandvården, vilket i genomsnitt betyder 1,65 tandsköterskor per tandläkare. Det årliga behovet av nya tandsköterskor kan då med hänsyn dels till tandläkarkårens snabbare tillväxt under senare hälften av 1970-talet, dels till tandsköterskekårens tillväxt och den ökade omsättning, som följer därav, beräknas stiga från ca 800 till ca 1 200 år 1980. Antalet utbildningsplatser måste därför kraftigt utökas. Samtidigt måste eftersträvas att genom personalpolitiska åtgärder söka nedbringa den hittillsvarande höga avgången från tandsköterskeketjänsterna.

I anslutning härtill vill utredningen något beröra behovet av *efter-* och *vidareutbildning* för tandsköterskor.

Inom Norrbottens län förekommer sedan tre år tillbaka viss efterutbildning av tandsköterskor. Sedermera har sådan utbildning startats även av några andra landsting. I övrigt saknas såväl efterutbildnings- som vidareutbildningsmöjligheter. Målsättningen för efterutbildningen är att friska upp de kunskaper sköterskorna tidigare inhämtat under sin grundutbildning och att ge en sammanfattande undervisning om de nyheter som undan för undan tillförs de olika ämnesområdena.

I den kursplan som tillämpas i Norrbotten ingår följande ämnen: hygien (dels i behandlingsrummet, dels allmänna hygieniska problem i samhället), läkemedelslära, behandlingskomplikationer, materiallära, pulpa- och rotbehandling, parodontologi, praktikadministration, bioteknologi samt tandhälsovård. Vidare ingår studiebesök på centraltandpoliklinik. Antalet deltagare har uppgått till ca 10 per gång. Kurstiden har omfattat en vecka.

De erfarenheter som vunnits av den hittills genomförda efterutbildningsverksamheten visar att denna fyller ett mycket stort behov. Utredningen vill därför för sin del rekommendera huvudmännen att anordna kurser för efterutbildning av tandsköterskor, varvid de erfarenheter som vunnits genom den hittillsvarande kursverksamheten bör kunna tjäna till vägledning vid kurser-

nas uppläggning. Kurserna bör organiseras i samarbete med befintliga tandsköterskeskolor och omfatta förslagsvis en vecka. På sikt bör tandsköterskor i offentlig tjänst beredas möjlighet att i tjänsten regelbundet genomgå efterutbildningskurser åtminstone vart femte år.

För de tandsköterskor, som är i eller siktar till förmansställning, vare sig det gäller distriktstandvård eller specialkliniker, bör härjämte finnas möjligheter till vidareutbildning. I vidareutbildningen bör framför allt följande ämnen ingå: landstingens organisation och uppgifter, folktandvårdens organisation och målsättning, sterilisation och hygien, praktikadministration, arbetsledning, handledning och undervisning av elever. Kurstiden torde behöva omfatta ca fyra veckor.

Utredningen bedömer att ett »normallandsting» har behov av ett 10-tal vidareutbildade sköterskor. Efterfrågan skulle således bli relativt måttlig. Om vidareutbildningskurser anordnas varje år vid förslagsvis tre tandsköterskeskolor, en i vardera Norrland, Svealand och Götaland, med 15—20 elever i i varje kurs, torde man inom en femårsperiod någorlunda ha täckt behovet.

11.2.3 Tandhygienister

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, s. k. tandhygienister.

Främst i USA men sedan länge också i Kanada och Norge har tandhygienister varit verksamma. I England utbildades under andra världskriget tandhygienister för tjänstgöring vid armén och flygvapnet. På grundval av erfarenheter av denna verksamhet anordnades där åren 1949—54 försöksutbildning av tandhygienister. Sedan 1957 har denna utbildning byggts ut och f. n. utbildas ett 90-tal tandhygienister per år.

I Sverige har vid upprepade tillfällen diskuterats lämpligheten av att utbilda kvalificerade hjälpkrafter för att därigenom öka tandläkarnas kapacitet i övrigt. Senast har 1957 års folktandvårdssakkunniga framlagt förslag i ämnet.

Försöksutbildningen av tandhygienister borde enligt de sakkunnigas mening utformas som en påbyggnad till den statliga tandsköterskeutbildningen. Kvalificerade tandsköterskor skulle efter några års väl vitsordad tjänstgöring uttas för vidareutbildning till tandhygienister. Antalet kursdeltagare borde i en första omgång begränsas till ett 30-tal. Utbildningen antogs med hänsyn till förutsatta förkunskaper och med en rationell uppläggning kunna medhinnas på kortare tid än ett år. Någon detaljerad utbildningsplan framlades dock inte av de sakkunniga.

I brev den 3 juni 1966 har Kungl. Maj:t med erinran om det sålunda av 1957 års folktandvårdssakunniga framlagda förslaget uppdragit åt skolöverstyrelsen att, efter samråd med universitetskanslersämbetet och medicinalstyrelsen, snarast igångsätta försöksutbildning av tandhygienister, utformad såsom en påbyggnadskurs för utbildade tandsköterskor och anordnad inom yrkesskoleorganisationen. Tillika uppdrog Kungl. Maj:t åt skolöverstyrelsen att efter vunna erfarenheter av försöksverksamheten *dels* överväga frågan huruvida ett behov kan anses föreligga av tandhygienister såsom en särskild yrkeskategori inom tandvårdsorganisationen, *dels ock*, om sådant behov bedöms föreligga, överväga hur utbildningens anknytning till tandsköterskeutbildningen på sikt bör utformas.

Försöksutbildning har fr. o. m. höstterminen 1968 igångsatts i Malmö (8 pl.) och Örebro (6 pl.).

För läsåret 1969/70 har nya kurser startats i såväl Malmö som Örebro, med 20 resp. 12 kursdeltagare. Förberedelser pågår för att anordna utbildning även i Göteborg och Stockholm.

Utbildningen, som är ettårig, syftar till att förbereda eleven för verksamhet som tandhygienist under tandläkarens ansvar och överinseende med följande grundfunktioner i den utsträckning tandläkaren tilldelar hygienisten desamma:

att undervisa i munhygien, individuellt och gruppvis, samt kontrollera utförandet av de vårdsökandes inövade munhygienprogram och ev. individuellt tillrättalägga detta,

att avlägsna hårda och mjuka tandbeläggningar och fyllningsöverskott samt att putsa och polera tänderna,

att utföra lokalbehandling med fluorider eller andra karies- eller paradontitprofylaktiskt verkande ämnen,

att deltaga i prediagnostiskt arbete (röntgenfotografering, avtryckstagning för studiemodeller, insamling av saliv- och plaqueprov samt kostuppgifter).

I anslutning härtill har socialstyrelsen den 7 november 1969 fastställt instruktion för tandhygienistens verksamhet (MF 77).

De svenska erfarenheterna av tandhygienisternas verksamhet är ännu så länge mycket begränsade, då endast ett fåtal tandläkare använt hygienister i sin tjänst. I flertalet fall har det varit fråga om hygienister av engelsk nationalitet, i några fall svenska medborgare som erhållit utbildning i England. Uppfattningen inom tandläkarkåren rörande *behovet* av hygienister varierar därför i icke ringa utsträckning. En betydande del av tandläkarna, framför allt de som sysslar med behandling av tandlossningssjukdomar samt yngre allmänpraktiserande tandläkare, har efter allt att döma en positiv inställning till användandet av tandhygienister, medan man hos en annan del av tandläkarkåren finner en negativ eller obestämd uppfattning i frågan. Först sedan tillräcklig erfarenhet vunnits av den nu pågående försöksutbildningen och av tandhygienisternas insatser i praktisk verksamhet kan man ta mera definitiv ställning till frågan om det erforderliga antalet hygienister och utbildningens framtida utformning.

När det gäller frågan om det för de närmaste åren erforderliga antalet torde dock följande synpunkter kunna anföras. Avsikten är att hygienisterna i första hand skall hjälpa till vid behandlingen av och i det förebyggande arbetet mot tandlossningssjukdomar men även i det förebyggande arbetet mot karies.

Inom folktandvården bör tandhygienister kunna användas främst vid centraltandpoliklinikerna, hos specialister i tandlossningssjukdomar och i viss utsträckning också inom distriktstandvården. För verksamheten vid centraltandpoliklinikerna och samtidigt för att biträda med den munhygieniska vården för — säkerligen ett tämligen stort antal — inneliggande patienter vid centrallasaretten och andra sjukvårdsinrättningar torde erfordras ett 50-tal hygienister. På sikt beräknas närmare ett 20-tal komma att behövas vid polikliniker för tandlossningssjukdomar. Inom distriktstandvården kommer hygienister att kunna beredas sysselsättning i huvudsak vid polikliniker med fyra eller flera tandläkare. För denna verksamhet kan för den närmaste femårsperioden inemot 100-tal hygienister komma att erfordras. För folktandvården i dess helhet skulle sålunda inom de närmaste åren erfordras ca 170 tandhygienister.

Inom den privata sektorn kommer tandhygienister sannolikt att i stor utsträckning utnyttjas av de tandläkare som specialiserat sig på behandling av tandlossningssjukdomar men i viss utsträckning också av andra tandläkare. Det torde emellertid dröja åtskilliga år innan *en* tandläkare kan ge full sysselsättning åt en hygienist, i varje fall åt en hygienist som önskar heltidstjänstgöring. Sådana hygienister kommer sålunda att vara hänvisade till att tjänstgöra hos flera tandläkare och då i första hand hos tandläkare med gemensamma arbetslokaler. Med hänsyn härtill torde användning av tandhygienister inom den privata sektorn under de närmaste åren bli relativt begränsad. Uppskattningsvis kan antas att de ca 4 000 privatpraktiserande tandläkarna under de närmaste fem åren kommer att efterfråga 100—150 tandhygienister.

För att inom denna tid nå upp till ett

sammanlagt antal av ca 300 tandhygienister behöver man utbilda drygt 60 hygienister per år från och med läsåret 1971/72. I den mån ytterligare behov av tandhygienister uppkommer bör utbildningen av dem kunna förläggas till lämpligt landstingsområde.

Efter hand som erfarenheterna av tandhygienisternas verksamhet ökar torde också intresset bland tandläkarna att tillgodogöra sig hygienisternas arbetsinsatser komma att stiga. Det är därför troligt att det erforderliga antalet tandhygienister på sikt kommer att visa sig större än det ovan beräknade.

11.2.4 Tandtekniker

Utbildningen av tandtekniker sker vid statliga skolor i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Utbildningen vid skolorna i Stockholm, Göteborg och Malmö omfattar ett läsår. För inträde vid skolorna krävs bl. a. en tvåårig förberedande elevtid. Efter genomgång av skolorna avslutas tandteknikerutbildningen med en ettårig praktikanttjänstgöring. Den sammanlagda utbildningstiden utgör sålunda omkring 4 år. I Umeå däremot omfattar utbildningen två läsår och ett praktikantår och är sålunda treårig.

Fr. o. m. höstterminen 1968, när den nya tandteknikerskolan i Göteborg startade, t. o. m. utgången av år 1970, när den äldre tandteknikerskolan i Göteborg avses upphöra, är intagningskapaciteten vid tandteknikerskolorna totalt 134 platser, varav Stockholm har 24, Malmö 30, Göteborg 60 (30+30) och Umeå 20. Fr. o. m. år 1971 minskas platsantalet till 104. År 1973 skall enligt planerna en tandteknikerskola i Huddinge med 35 platser tillkomma. Den totala intagningskapaciteten skulle därmed uppgå till 139 platser.

Tidigare utredning. Under år 1966 genomförde Dentallaboratoriernas Riksförbund, Svenska tandteknikerförbundet och Sveriges tandläkarförbund i samråd med medicinalstyrelsen en undersökning i avsikt att utröna antalet tandtekniker i landet samt deras utbildning och regionala fördelning. För ändamålet utarbetades ett frågeformulär som utsändes till alla tandtekniker i landet. På basis av de inkomna svaren beräknades det totala antalet verksamma tandtekniker i landet till ca 2 300, inklusive elever och praktikanter. Antalet i yrket verksamma svarande utgjorde 2 009.

Fördelningen av tekniker med statlig och icke-statlig utbildning samt fördelningen av elever och praktikanter som genomgick statlig resp. icke-statlig utbildning, framgår av följande tabell.

	Elever vid statlig skola	Enskilda sektorn		Offentliga sektorn		Totalantal
	Antal	Antal	%	Antal	%	
Tandtekniker som genomgått statlig utbildning	—	465	35,8	311	50,9	776
Genomgår för närvarande statlig utbildning						
a) elever vid statlig tandteknikerskola	100	—	—	—	—	100
b) elever vid av med.styr. auktoriserad arbetsplats	—	32	2,5	21	3,4	53
c) praktikanter vid av med.styr. auktoriserad arbetsplats	—	40	3,1	20	3,3	60
Tandtekniker som ej genomgått statlig utbildning	—	740	57,0	257	42,1	997
»Elever och praktikanter» som ej genomgår statlig utbildning	—	21	1,6	2	0,3	23
Antal	100	1 298	100,0	611	100,0	2 009

	1968	1970	1975	Ökning	1980	Ökning
Antal tandläkare	5 930	6 840	7 835	1 905	9 300	3 370
Antal tandtekniker	2 300	2 668	3 056	756	3 627	1 327
Tandtekniker per tandläkare	0,39	0,39	0,39		0,39	

På grundval av den ovan nämnda undersökningen gjorde Svenska tandteknikerförbundet och Sveriges tandläkarförbund gemensamt en *prognos över behovet* av tandtekniker för tiden 1968—1980.

Man utgick därvid från att totalantalet färdigutbildade tandtekniker, som år 1966 beräknades till ca 2 300 inklusive elever och praktikanter, år 1968 skulle uppgå till samma antal. Antalet yrkesverksamma tandläkare i riket beräknades år 1968 uppgå till ca 6 000. Antalet tandtekniker per tandläkare skulle då bli 0,39, eller omvänt 2,6 tandläkare per tandtekniker. Med denna beräkning som grund ställdes utvecklingen av tandläkarkåren och tandteknikerkåren i relation till varandra på sätt framgår av ovanstående sammanställning.

Nettoökningen av tandtekniker skulle sålunda uppgå till ca 750 år 1975 och 1 325 år 1980.

Det här använda relationstalet anses dock av de båda förbunden vara för högt. Relationstalet 0,29 eller 3,4 tandläkare per tandtekniker bedöms bättre svara mot den faktiska arbetssituationen för tandtekniker och tandläkare. En av orsakerna härtill är rationaliseringar inom tandteknikersektorn, innebärande bl. a. ett ökat användande av tekniska hjälpmedel, ökad specialisering på personalsidan med uppdelning efter huvudarbetsområden och fler biträden samt en tillämpning av ackordslönesystem. Med det lägre relationstalet blir den beräknade nettoökningen på sätt nedanstående tabell utvisar.

För att uppnå den sålunda framräknade nettoökningen av tandteknikerkåren 1968—80 måste man beräkna den bruttoökning av kåren som erfordras för att man — efter vissa faktorers reducerande inverkan — skall ha kvar den nödvändiga nettoökningen. Faktorer, som minskar tandteknikerkårens numerär, är främst avgången ur yrket genom pensionering, dödsfall och övergång till annat yrke, ökad andel kvinnliga tekniker och kortare arbetstid för dessa. Sedan hänsyn tagits till sådana faktorer beräknades den erforderliga bruttoökningen av antalet tandtekniker till ca 665 för perioden 1968—75 och 1 645 för perioden 1968—80. Härför skulle erfordras en årlig utbildning under åren 1968—75 av ca 85 tekniker och för åren 1976—80 av ca 195 tekniker.

Under år 1968 utexaminerades 66 tandtekniker från de statliga tandteknikerskolorna, varav 40 manliga och 26 kvinnliga. Vid sidan av den statliga utbildningen pågår en omfattande utbildning inom den privata tandteknikersektorn. Ovan redovisade beräkningar över den erforderliga utbildningskapaciteten under perioden 1968—80 utgår från att den privata utbildningen helt upphör.

Senare utredning. I skrivelse den 3 juni 1966 uppdrog Kungl. Maj:t åt skolöverstyrelsen bl. a. *att* i samråd med medicinalstyrelsen överväga behovet av tandtekniker, åtgärder för en anpassning av utbildningskapaciteten härtill samt behovet av vidareutbildning för ifrågavarande personalkategori och *att* i samråd med universitetskanslersämbetet och medicinalstyrelsen företa en översyn av läroplanerna för bl. a. tandteknikerutbildningen.

	1968	1970	1975	Ökning	1980	Ökning
Antal tandläkare	5 930	6 840	7 835	1 905	9 300	3 370
Antal tandtekniker	2 300	1 984	2 272	—28	2 697	397
Tandtekniker per tandläkare	0,39	0,29	0,29		0,29	

I januari 1967 tillsattes en arbetsgrupp med uppgift att utarbeta läroplan för tandtekniker. Gruppen framlade i september 1967 förslag till ny läroplan. Efter förslagets remissbehandling uppdrog skolöverstyrelsen åt professor Björn Hedegård och förbundsdirektör Jan-Erik Ahlberg att mot bakgrund av remissyttrandena verkställa översyn av det ursprungliga förslaget.

Utbildningen, som föreslås bli 3-årig, har som mål att ge kunskap och färdighet i den tandtekniska framställningen av tand- och bettrekonstruktioner och av apparatur för tandreglering samt kännedom om apparatur för käkskadebehandling samt om laboratorieorganisation.

I sin kommentar till läroplansförslaget framhåller Hedegård och Ahlberg bl. a. att den 4-åriga utbildningslinjen, bestående av 2 års förberedande elevtjänstgöring, 1 års utbildning vid skola samt härpå följande 1 års praktikantutbildning, icke längre fyller de krav som måste ställas på en modern tandteknisk utbildning. Nackdelarna ligger främst däri att den förberedande elevtiden blir kvalitativt ojämn på grund av bristande enhetlig övervakning samt i att det teoretiska lärostoffet blir alltför komprimerat, då det skall inläras under ett enda skolår. Däremot anses den läroplan, som f. n. tillämpas vid tandteknikerskolan i Umeå och efter vilken undervisningen av tandtekniker i Göteborg har inletts, innebärande en 3-årig utbildning fördelad på två skolår och ett praktikantår, allmänt ge förutsättningar för en bättre utbildning. Det reviderade läroplansförslaget har i sina grunddrag anslutits till denna utbildningsplan men med den ändringen, att praktikanttiden förlagts till fjärde och femte terminerna och till övervakad tjänstgöring vid laboratorier utanför skolorna.

Frågan om behovet av tandtekniker och deras vidareutbildning är alltjämt under utredning.

Folktandvårdsutredningen. Såsom av det anförda framgår är frågan om behovet av tandtekniker och deras utbildning föremål för särskild utredning genom skolöverstyrelsens försorg. Folktandvårdsutredningen saknar vid sådant förhållande anledning att närmare ingå på hithörande problem. Utredningen begränsar sig därför till att framhålla angelägenheten av att en förkortad grundutbildning i mån av behov kompletteras med efter- och vidareutbildning, så att tandteknikerna blir i stånd att på ett tillfredsställande sätt fullgöra på dem ankommande arbetsuppgifter.

12 Samordning, ledning och tillsyn

12.1 *Samordning mellan folktandvården och sjukvården*

Enligt direktiven skall folktandvårdsutredningen pröva i vad mån folktandvården kan anknytas närmare till organisationen för öppen och sluten sjukvård. Behovet av en sådan samordning är självfallet i första hand beroende på om och i vad mån ett samband i vårdhänseende föreligger mellan dessa vårdgrenar. Graden av detta samband bör sedan bli avgörande för hur samordningen lämpligen bör ske, organisatoriskt eller enbart lokalmässigt.

Odontologins behov av *samarbete med den slutna sjukvården* har sedan länge beaktats genom verksamheten vid centraltandpoliklinikerna, som har berett odontologerna möjlighet till samarbete med sakkunskapen vid exempelvis öron-, näs- och halsavdelningar, allmänkirurgiska och plastikkirurgiska avdelningar och vidare medgivit tillgång till narkosläkare. Parallellt härmed har de medicinska disciplinerna inom den slutna vården gradvis vunnit ökad insikt om behovet av insats från odontologisk expertis vid utredning och totalplanering av behandlingen av vissa patientkategorier, som primärt är intagna för vård av kroppssjukdomar, t. ex. allergier, vissa sjukdomar på infektiös bas m. m. Denna senare utveckling torde komma att fortsätta som en följd av att allt flera företrädare för medicinen successivt upplever fördelarna av samarbetet med odontologins företrädare.

En sida av den slutna kroppssjukvårdens behov av odontologisk service har emellertid föga beaktats, nämligen möjligheten att erbjuda tandvård av normalkaraktär i de fall där sådan vård är medicinskt indicerad. Det synes lämpligt att man i framtiden genom en differentiering av tandläkartjänsterna på centraltandpoliklinikerna avlastar dessa arbetsuppgifter från tandläkarna med specialistutbildning. Härigenom skulle dessa senare kunna ägna ökad tid åt de arbetsuppgifter, som ligger inom deras egentliga specialområde, och samtidigt skulle de inneliggande patienter, för vilka vanlig tandvård måste betraktas som ett led i den medicinska behandlingen, i mycket större omfattning kunna erhålla sådan tandvård utan förlängning av vårdtiden på sjukhuset.

Av det sagda framgår, att den lokalmässiga integration mellan centraltandpoliklinikerna och den slutna sjukvården, som redan existerar, är ändamålsenlig. Dessa poliklinikers ställning i organisatoriskt hänseende har emellertid från tid till annan diskuterats från olika utgångspunkter. Belägenheten inom sjukhusområdet har sålunda lett till tanken, att det vore mera rationellt att helt inordna centraltandpoliklinikerna i sjukhusorganisationen och därmed ge dem en ställning i paritet med övriga avdelningar inom sjukhuset. Behovet av samråd i lokalplanerings- och budgetfrågor har bl. a. ansetts tala för en dylik lösning. Möjlighe-

terna att därvid ge centraltandpoliklinikerna en vårdavdelning med egna sängplatser har även anförts som en fördel.

Vid bedömningen av dessa frågor måste emellertid centraltandpoliklinikens funktion som serviceorgan åt den allmänna tandvården, i första hand åt distriktstandvården, särskilt beaktas. Tillgänglig behandlingsstatistik visar att huvudparten av centraltandpoliklinikernas arbetsuppgifter utgör behandling av remisskliental från distriktstandläkare och privatpraktiserande tandläkare. Dimensioneringen av centraltandpoliklinikernas resurser synes därför i första hand böra baseras på tandvårdens beräknade behov. Vidare torde personalrekryteringen vid vikariat och tjänstledigheter på tandläkartjänsterna samt vid tillsättning av assisterande personal i alldeles övervägande grad bygga på allmäntandvårdens basorganisation. Egna vårdavdelningar med sängplatser för inneliggande klientel torde sakna aktualitet för centraltandpoliklinikerna, då behovet av sådana avdelningar är mycket ringa och ansvaret för inneliggande patienter måste åvila befattningshavare med läkarkompetens. I den mån behov uppkommer av intagning för sjukhusvård torde svårigheter icke möta att få patienten inlagd på annan vårdavdelning. Det saknas sålunda tillräckliga skäl att i vart fall f. n. överväga en förändring i centraltandpoliklinikernas organisatoriska status i förhållande till sjukhuset respektive folktandvården.

Ett fält där ett stort samordningsbehov mellan odontologi och medicin existerar är anstalter för långtidsvård av olika slag. Dessa frågor avser utredningen att närmare belysa i samband med redovisning av den enkätundersökning, som utredningen företagit rörande ifrågavarande anstalter.

Behovet av en förbättrad *samordning* i kliniskt avseende mellan odontologi och medicin *på den öppna sjukvårdens och hälsovårdens områden* uppmärksammas mer och mer både av läkare och tandläkare. Här må nämnas några exempel på dylika behov. Bland förebyggande åtgärder av största betydelse för god tandhälsa är sunda kostvanor. För att väcka förtroende hos allmänheten för de meddelade råden krävs inte endast att dessa utarbetas i fullt samförstånd mellan läkare och tandläkare på det centrala planet utan även att läkare och tandläkare lokalt enas om enhetliga riktlinjer i sin rådgivning. Bl. a. har de av landstingsförbundets tandhälsoråd rekommenderade och på många håll bildade samarbetskommittéerna för tandhälsovård en viktig uppgift att fylla i detta avseende. Samma gemensamma uppslutning krävs också för att ge förtroende för sådana lokalt eller generellt verkande förebyggande åtgärder som vattenfluoridering, lokal fluorbehandling m. m.

Ett ökat kliniskt samarbete mellan läkare och tandläkare torde också vara motiverat av det förhållandet, att tandläkare i större utsträckning än läkare har regelbundna kontakter med sitt klientel. Eftersom en rad sjukdomar, som icke utgår från tandsystemet, ger symtom i munhålan, har den medicinskt vaksamme tandläkaren därigenom en faktisk möjlighet att på sitt klientel genomföra regelbundna »hälsokontroller» med avseende på dessa sjukdomar. Hit hör t. ex. vissa sjukdomar inom grupperna tumörer i munhålan, nevralgiska besvär, allvarliga blodsjukdomar samt sjukdomar inom öron-, näs- och halsområdet. Med öppen blick för dessa sjukdomars manifestationer i munhålan bör tandläkaren i åtskilliga fall kunna göra iakttagelser, som kan föranleda remiss för vidare medicinsk utredning.

Ett annat område som kräver kontinuerligt ökade kontakter mellan läkare och tandläkare är valet av läkemedel. Flera typer av läkemedel, som av läkare förskrivs för behandling av sjukdomar utanför munhålan, har otillräckligt beaktade biverkningar i munhålan. De kanske mest kända exemplen utgörs av sockerhaltiga läkemedelsberedningar i barnpraxis, som kan ge upphov till en stegrad kariesaktivitet. Inom åldringsvården används relativt ofta läkemedel, vilka som bieffekter ger en minskad salivavsöndring och därmed hos tandförsedda patienter svårartade former av karies på tändernas blottade rotytor och hos protesbärande patienter ökade svårigheter att få

proteserna att fästa vid slemhinnan. I många fall får man sannolikt vara beredd att acceptera en sådan bieffekt som en nödvändig konsekvens av behandlingen av patientens grundsjukdom, men i andra fall kan ett samråd mellan läkare och tandläkare leda till att man finner alternativa terapiformer, varigenom biverkningarna i munhålan möjligen kan undvikas eller eljest reduceras. Ett ökat samråd mellan läkare och tandläkare i läkemedelsfrågor krävs också på grund därav att flera moderna läkemedel visar tendenser att reagera med varandra, s. k. interaktion. I vissa sådana fall kan allvarliga komplikationer uppstå. Erfarenhetsmässigt vet patienten i tandläkarstolen emellertid föga om den medicinering, som han samtidigt ordinerats av läkare, och det är därför nödvändigt, att tandläkaren i de fall då han avser att använda preparat, för vilket interaktion är känt, samråder med patientens läkare om användningen.

Vikten av ett samarbete i nu berörda hänseende understryks av att socialstyrelsen genom cirkulär den 16 september 1969 i anslutning till den friare läkemedelsförskrivning för tandläkare, som genomförts fr. o. m. den 1 oktober 1969, infogat tandläkarna i den rapporteringsverksamhet rörande läkemedelsbiverkningar, som sedan några år gäller för läkare. I detta cirkulär anbefalls tandläkarna att rapportera förändringar i tänder och munhåla, som misstänks härröra från läkemedel, vare sig medlen förskrivits av läkare eller tandläkare. Som exempel på sådana biverkningar nämns särskilt allergiska reaktioner samt fall där läkemedels interaktion misstänks haft betydelse.

Ansvaret för att ett vidgat samarbete mellan läkare och tandläkare i olika former kommer till stånd måste främst åvila den enskilde yrkesutövaren. Denne kan få ett ökat incitament härtill genom en god utbildning i olika medicinska ämnen före tandläkarexamen och genom efterutbildningskurser för redan verksamma tandläkare. Ett dylikt vidgat samarbete mellan medicin och odontologi på det kliniska planet bör också kunna väsentligt underlättas genom en lokalmässig anknytning av folktandvården till den öppna vården vid framtida nybyggnader. En sådan utveckling har i viss utsträckning redan påbörjats genom inrättande av hälsocentraler på vissa håll. Utredningen finner det angeläget att sådana möjligheter till samplanering i framtiden beaktas av huvudmännen. Härvid måste å andra sidan självfallet beaktas, att barn- och ungdomstandvården utgör en så stor del av folktandvårdens verksamhet, att det i vissa fall kan befinnas mera angeläget att förlägga en ny tandpoliklinik i anslutning till en skola. Kommer den militära fredstandvården att överföras till folktandvården, påverkar detta också frågan om polikliniknernas förläggning. Man får därför taga ställning till förläggningsfrågan från fall till fall.

Beträffande behovet av samordning i övrigt mellan folktandvården och sjukvården må följande framhållas. När man på sjukvårdsområdet studerat möjligheter för och effekten av samordning olika vårdformer emellan har man närmast åsyftat att skapa effektiva möjligheter för patientströmmar i båda riktningarna mellan olika vårdnivåer inom ett omhändertagandesystem. För tandvårdens del ligger de olika vårdnivåerna som regel inom tandvårdssektorn, detta trots vad som ovan sagts om behovet av ett vidgat kliniskt samarbete. De konsultationer läkare och tandläkare emellan som kan förväntas förekomma torde även vid ett utvidgat samarbete sannolikt bli förhållandevis ringa både i relation till den totala tandvårdsverksamheten och i relation till de kontakter som förekommer emellan tandvårdens olika sektorer. Ifråga om tandvården bör man därför i första hand åstadkomma så effektiv anknytning som möjligt mellan distriktstandvården, anstaltstandvården och de allt fler odontologiska specialgrenar som växer fram inom folktandvårdsorganisationen. Utredningen vill här erinra om att vid sidan om centraltandpoliklinikerna och tandregleringspoliklinikerna nya vårdgrenar planeras eller är under utbyggande. Detta gäller främst det vårdområde, som omfattar tandlossnandets sjukdomar men också, ehuru på längre sikt, områdena

för barntandvård, tandhälsovård, protetik och röntgen.

Även andra omständigheter förtjänar beaktande i detta sammanhang. Personalrekrytering, tjänstetillsättning samt omflyttning vid sjukdom och tillfälliga vakanser måste ur praktisk synpunkt skötas inom tandvårdssektorn som en enhet. Särskilt ifråga om distriktstandläkartjänsterna krävs, som utredningen i andra sammanhang redovisat, en rad aktiva rekryteringsåtgärder av speciell natur, som nödvändiggör att dessa handhas av en centralt placerad tandläkare inom varje huvudmannaområde. Utvecklingen av folktandvårdens utrustningsstandard rymmer frågor av sådan natur, att de likaledes bör handläggas enhetligt för folktandvården inom huvudmannaområdet. Samarbetet mellan olika sektorer inom folktandvårdsorganisationen skulle med all sannolikhet försvåras, om den bröts sönder.

Övervägande skäl talar sålunda för att en successivt vidgad samverkan mellan läkare och tandläkare på det kliniska planet befrämjas genom en lämpligt utformad utbildning för tandläkarna och genom en ökad lokalmässig samordning mellan folktandvården och den öppna sjukvården i samband med nybyggnader av polikliniklokaler, medan däremot folktandvården organisatoriskt även i fortsättningen bör bibehållas som en sammanhållen enhet. Behovet av en närmare anknytning till sjukvården i organisatoriskt hänsende torde f. ö. ha minskats genom att ledningen av folktandvården inom landstingsområdena numera i princip anförtrotts vederbörande sjukvårdsstyrelse. Därigenom har möjlighet beretts att inom ramen för gällande bestämmelser vidtaga de administrativa åtgärder som framdeles kan erfordras för en ändamålsenlig samordning mellan folktandvården samt hälso- och sjukvården.

12.2 *Folktandvårdens ledning och tillsyn*

Från början var det synbarligen ej meningen att på tandvårdsinspektören lägga något direkt ansvar för folktandvårdens ledning. Tandvårdsinspektörsuppgiften beskrivs således i 1938 års folktandvårdsförfattning endast som ett uppdrag att under folktandvårdsstyrelsen utöva inspektion av distriktstandvården. För detsamma kunde man anlita antingen föreståndaren vid centraltandpolikliniken, en distriktstandläkare eller någon privatpraktiserande tandläkare.

Snart nog kom emellertid uppgifter som låg utanför den egentliga inspektionsverksamheten att inrymmas i det aktuella uppdraget. En viktig uppgift — för vilken odontologisk sakkunskap självfallet var nödvändig — blev planläggning och inredning av beslutade tandpolikliniker. Genom att det i hög grad blev unga tandläkare — i många fall nyexaminerade — som sökte sig till folktandvården kom också på många håll tyngdpunkten i tandvårdsinspektörens vårdövervakning ganska snart att flyttas från inspektioner till personlig handledning och rådgivning.

Successivt har på liknande sätt andra uppgifter tillkommit som tandvårdsinspektören fått att handlägga antingen självständigt eller såsom odontologisk sakkunnig i samarbete med annan befattningshavare. Härvid har icke minst behovet av samordning inom folktandvården gjort sig gällande allteftersom densamma utbyggts. Praxis har skiftat på grund av de organisationsmässiga variationer, som råder de olika huvudmannaområdena emellan. Ledningsfunktionen har på så vis blivit alltmer omfattande och torde numera i allmänhet utgöra den mest tidskrävande delen av en tandvårdsinspektörs åligganden.

Den successiva förändring som skett i fråga om tandvårdsinspektörstjänstens arbetsmässiga innehåll gavs med 1961 års författning en stadgemässig bakgrund genom att man då i befattningsbeskrivningen ersatte »utöva inspektion» med »utöva ledning och tillsyn». Som ett ytterligare uttryck härför får man också se den ändrade tjänstebenämning — tandvårdschef — som tillämpas av huvudmännen sedan 1965 och som nu av utredningen föreslås bli den officiella tjänstebeteckningen.

Mot bakgrund av den utveckling, som så-

lunda ägt rum kan tandvårdschefsbefattningen till sin karaktär och utformning konstateras vara i hög grad empiriskt grunddad, ett förhållande som synes böra beaktas vid utformningen av den framtida ledningsfunktionen inom folktandvården.

12.2.1 Samordning mellan distriktstandvården och andra grenar av folktandvården

F. n. finns inga föreskrifter rörande organiserad samverkan mellan förekommande grenar av folktandvården utan dessa är under sjukvårdsstyrelsen sinsemellan formellt fristående. Tandvårdsinspektörens (tandvårdschefens) ledande och övervakande funktion är sålunda begränsad till distriktstandvården. Som tandvårdsinspektör skall han kallas till sammanträde med sjukvårdsstyrelsen, när ärenden angående folktandvården är avsett att förekomma, med rätt för honom att deltaga i överläggningen men ej i beslutet samt att få sin mening antecknad till protokollet. Vidare är att observera, att centraltandpoliklinikerna på grund av sin anknytning till lasarettsvården sedan länge intagit en särställning inom folktandvårdsorganisationen. Denna har formellt tagit sig uttryck i att vederbörande övertandläkare utses av Kungl. Maj:t och att han skall kallas till sammanträde med lasarettets direktion, när ärende angående centraltandpolikliniken skall förekomma, med rätt för honom att deltaga i överläggningen men ej i beslutet samt att få sin mening antecknad till protokollet. Några motsvarande bestämmelser finns icke för övriga specialgrenar inom folktandvården.

Den av utredningen föreslagna utbyggnaden av folktandvården kommer självfallet att ställa ökade krav på samverkan mellan distriktstandvården, å ena, samt övriga grenar av folktandvården, å andra sidan. Detta gäller, beträffande barnen, framför allt befintliga och blivande specialavdelningar för tandreglering, barntandvård och tandhälsovård samt, beträffande de vuxna, centraltandpoliklinikerna, avdelningar för tandlossningssjukdomar, protetik och röntgen. Fråga har därför uppkommit på vad sätt en sådan samverkan lämpligen bör organiseras.

Härvid kan vissa skäl anföras för att centraltandpoliklinikerna på grund av sina uppgifter inom sjukhusvården även fortsättningsvis tilldelas en mera självständig ställning än övriga specialgrenar, vilka helt är avsedda att utgöra komplement till distriktstandvården. Ur administrativ synpunkt synes det utredningen dock mest ändamålsenligt att närmast under sjukvårdsstyrelsen ledningen av folktandvården i dess helhet i princip handhaves av tandvårdschefen, vilken redan har ansvaret för den grundläggande och mest omfattande grenen av folktandvården. Härmed avser utredningen ingen ändring beträffande det kliniska ansvaret för specialvården; detta bör självfallet alltjämt åvila vederbörande specialister. Författningsenlig möjlighet bör finnas för huvudmannen att, då särskilda skäl därtill föreligger, undantaga centraltandpolikliniken från den gemensamma ledningen. I särskilda fall bör även andra avvikelser från den normala ordningen kunna ske, då omständigheterna så påkalla. Härför torde dock Kungl. Maj:ts medgivande böra erfordras.

Enligt utredningens mening bör i normala fall vid vederbörande förvaltningschefs sida ställas ett i författning reglerat samarbetsorgan med rådgivande befogenheter, bestående av en representant för varje befintlig specialgren av folktandvården inom sjukvårdsområdet med rätt för denne att dels kallas för samråd i frågor som berör hans specialgren eller är av allmänt intresse för folktandvården, dels ock på begäran få sin mening genom protokollsutdrag framförd till sjukvårdsstyrelsen. Ifrågavarande representanter bör liksom för övrigt andra tandläkare inom folktandvården vara skyldiga att, såvitt ske kan, på kallelse inställa sig vid sjukvårdsstyrelsens sammanträden.

12.2.2 Samordningen inom distriktstandvården

Förut har berörts hurusom utvecklingen på tandvårdsområdet ställt allt större krav på

ledning och tillsyn även inom distriktstandvården som sådan. Kraven kommer självfallet att stegras i väsentlig grad, därest utredningens förslag till den organiserade tandvårdens utbyggande omsätts i praktiken.

Till belysning av behovet av ledning och samordning på detta område må följande framhållas.

Vårdplanering. Det förhållandet, att den organiserade tandvården skall kunna lämna fullständig årlig vård åt i princip samtliga medborgare inom vissa — icke så få — åldersgrupper, ger denna vårdform en tämligen unik ställning i omvårdnadssammanhang. Inom hälso- och sjukvården genomförs visserligen med vissa mellanrum hälsokontrollaktioner i form av småbarns-, skolbarns- och vuxenundersökningar med i många fall mycket hög anslutningsfrekvens men i samband med dessa undersökningar förekommer egentlig vård i mycket begränsad omfattning. Inom den organiserade tandvården åter ges operativ behandling åt nästan samtliga deltagande, medan patienter utan tandvårdsbehov utgör endast några procent. Om folktandvårdsorganisationen övertar ansvaret även för den militära fredstandvården kommer hithörande organisatoriska problem att öka, samtidigt som speciella svårigheter uppkommer på grund av att vården i huvudsak måste förläggas till perioder, då tandläkarbesöken kan förväntas ge de minsta störningarna i det militära utbildningsprogrammet. Detta förhållande kommer antagligen att leda till att vårdförmånen blir tagen i anspråk med mycket stora tidsmässiga variationer.

Som tidigare nämnts har bestämmelsen om att minst 55 % av arbetstiden skall ägnas åt organiserad barntandvård på en del håll visat sig vara till hinder för ett rationellt tillvaratagande av tandläkararbetskraften, till men för vuxentandvården. Ett bibehållande av bestämmelsen skulle sannolikt också försvåra både administrationen av militärtandvården och ett utbyggande av anstaltstandvården. Den föreslås därför utgå, vilket innebär att hithörande fördelningsfrågor anförtros de enskilda huvudmännen. Det bör observeras att dessa frågor — utöver fördelningen mellan barntandvårds- och vuxentandvårdstid — också innefattar tandläkares och tandsköterskors tillfälliga tjänstgöring utanför stationeringspolikliniken. Sådan tjänstgöring kan betingas av kapacitetsförändringar på grund av individuella prestationsvariationer hos personalen, successiva förändringar i vårdbehov och vårdefterfrågan inom ett poliklinikområde genom profylax, avflyttning eller inflyttning innan dessa förändringar fått den omfattningen att de föranleder planändring, liksom på grund av vakanser, tjänstledigheter av olika slag och semestrar.

Här berörda förhållanden ställer speciella krav på planering och ledning. Även om den situationen uppkommer att tillräcklig personal kan anställas för genomförande av folktandvårdens hela målsättning, går det nämligen ej att i förväg exakt ange kapacitet eller vårdefterfrågan vid den enskilda tandpolikliniken eller kapaciteten hos den enskilde tandläkaren. Väsentliga betingelser för lösandet av uppgiften torde därför vara dels en plan med en viss överkapacitet dels en organisation som ger möjligheter till tillfällig omfördelning av tillgängliga behandlingsresurser, när detta bedöms önskvärt med hänsyn till lokalt förekommande bristande balans mellan vårdkapacitet och vårdbehov.

Personalrekrytering. Kännetecknande för folktandvårdens verksamhet har varit en tyvärr bestående tandläkarbrist. Därför har tandläkarrekryteringen alltid varit en framträdande uppgift för tandvårdscheferna, som på olika vägar sökt skapa intresse hos tandläkarna för folktandvården. På sina håll har numera erforderligt kontaktarbete helt eller delvis överförts på en biträdande tandvårdschef. Med hänsyn till att det av vederbörande »rekryterare» fordras omfattande insikter om allt som rör folktandvårdens verksamhet och i vissa avseenden även landstingets verksamhet och att det som regel också blir fråga om att ge konkreta besked i frågor om utrustning, materiel, lokaler, övrig personal samt vårdbehov och

-standard torde det som regel vara fördelaktigt att under nuvarande förhållanden behålla detta arbete hos tandvårdschefen eller biträdande tandvårdschefen.

Den rådande bristen på examinerade tandsköterskor har på sina håll nödvändiggjort särskilda rekryteringsåtgärder också inom denna sektor. Inom de landsting, där man startat egna tandsköterskeskolor, har visserligen tandsköterskebristen i de flesta fall minskat påtagligt men genom att den totala utbildningen fortfarande är otillräcklig måste man särskilt inom landsting utan tandsköterskeskola i hög grad förlita sig till icke examinerade sköterskor. De tandsköterskeelever, som ej blir antagna för inträde på tandsköterskeskola, får fortsätta sin elevtjänstgöring för att så småningom få vikariatsförordnanden på tandskötersketjänster. Efter 4 års tjänstgöring har de sedan under vissa förutsättningar möjlighet att erhålla ordinarie tjänst. Självfallet är det förenat med ett stort ansvar att avväga antagningen av elever till poliklinikerna så att man å ena sidan får tillräckligt med tandsköterskepersonal men å andra sidan ej heller något överskott, eftersom det då kan vara mycket svårt att placera de elever som ej har kompetensgivande utbildning. Dessa senare kan nämligen endast komma ifråga för ordinarie tjänst i sådana fall, då det till en viss befattning ej finns någon behörig sökande. Den behovsprognostisering som erfordras härför bör egentligen utföras av landstingens centrala personal- och utbildningsavdelningar och leda till en ifråga om elevantal och innehåll adekvat tandsköterskeutbildning. Därvid kan tandvårdschefens medverkan normalt begränsas till att avse planeringsfunktionen. Där är emellertid hans medverkan nödvändig för att tillgodose behovet av odontologisk sakkunskap.

Som bekant har rationaliseringsåtgärder inom den tandtekniska laboratorieverksamheten lett till ett minskat behov av tandtekniker. Detta har på sina håll, där man ej kunnat bemästra personalöverskotten med naturlig avgång, lett till problem rakt motsatta de nyss nämnda för tandläkare och tandsköterskor. I en del fall har t. o. m. omskolning fått tillgripas. Några rekryteringsproblem föreligger således ej beträffande denna personalgrupp som sådan, däremot torde det föreligga brist på särskilt yrkesskickliga tekniker. Vid den kontinuerliga bedömningen av nyanställnings- och utbildningsbehoven kommer självfallet tandvårdschefens planeringsfunktion med i bilden.

Tjänstetillsättningar. Genom att tillströmningen av tandläkare till distriktstandvården hittills varit relativt begränsad har tandvårdschefen som regel ej haft anledning att ägna mer omfattande arbete åt sådan ingående meritvärdering och meritgradering som erfordras då flera sökande söker samma tjänst. En tendens finns emellertid nu mot ökad konkurrens om vissa befordringstjänster, liksom om tjänster i särskilt attraktiva områden. Man kan därför räkna med att det inom distriktstandvården i successivt ökande omfattning kommer att finnas tillsättningsärenden, som kräver en mer omfattande beredning än vad hittills vanligtvis varit fallet.

Att denna handläggning — liksom nu — bör ske av tandvårdschefen är naturligt. År 1959 framlade Sveriges Tjänstetandläkarförening ett förslag till meritvärderingsbestämmelser vid tillsättning av tjänster i distriktstandläkarkarriären, vilket tandvårdschefsföreningen för sin del godkände för försöksvis användande. Bestämmelserna har visat sig kunna ge en relativt väl avvägd gradering ifråga om examens- och tjänstgöringsmeriter och erfarenheterna hittills av deras användande kan betecknas som ganska goda. Det kan därför övervägas om ej sådana meritvärderingsnormer, anpassade till den senare utvecklingen inom folktandvården, bör utarbetas i samråd mellan socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet.

Även om det ankommer på vederbörande styrelse att anställa all personal inom folktandvården (med undantag för övertandläkare vid centraltandpoliklinik), sker ej sällan tillsättning av viss personal genom delegation. Vid tillsättning av tandsköterske- och tandteknikerpersonal torde därvid — åt-

minstone då det gäller större polikliniker med erfarna föreståndare — den huvudsakliga beredningen av ärendena såsom anställningsintervjuer och referenskontroller kunna läggas på föreståndarnivå. I allmänhet torde tandvårdschefen vara lämplig beslutsinstans i sådana fall, då ärendet därigenom tillförsäkras den allsidigare relationsbedömning som en handläggning på regional nivå — i motsats till lokal — lättare kan ge. En sådan regional bedömning torde ligga i både arbetstagarnas och arbetsgivarnas intresse och den torde vara av speciellt värde i alla de fall det rör sig om personalförflyttningar inom landstingsområdet. Också med hänsyn till att tandvårdschefen är den som i praktiken ansvarar för rekryteringen — ett förhållande som sannolikt ej kommer att ändras så snart — får det ses som följdriktigt att han har stort inflytande i tillsättningsärenden, dvs. antingen är förslagsställande eller beslutande instans.

12.2.3 Kan distriktstandvårdens ledning decentraliseras?

Av det anförda är det uppenbart, att stora krav inom den närmaste framtiden kommer att ställas på folktandvårdens ledning och tillsyn. Så länge den föreslagna utbyggnaden pågår torde det som regel vara lämpligt att under sjukvårdsstyrelsen koncentrera hithörande uppgifter till vederbörande tandvårdschef och hans närmaste medhjälpare, i förekommande fall efter samråd med sjukvårdsstyrelsens centrala kansli. Detta hindrar ej att i sjukvårdsområden, där geografiska eller andra skäl så motiverar, en del av uppgifterna inom distriktstandvården kan anförtros åt cheftandläkarna, där sådana finns.

Såsom tandvårdschefens ställföreträdare ingår i cheftandläkarnas uppgifter som en viktig funktion att genom besök vid de olika distriktstandpoliklinikerna upprätthålla och i möjligaste mån befrämja kontakten mellan den centrala ledningen å ena samt distriktets tandläkare och övrig personal å andra sidan ävensom mellan dessa senare inbördes. Han skall därvid bl. a. verka för samordning av den organiserade tandvården så att den till buds stående vårdkapaciteten på bästa sätt utnyttjas. Han tar ofta också aktiv del i ledningen av den profylaktiska tandvården inom sitt distrikt. Genom sin verksamhet blir dessa befattningshavare efter hand ofta väl skickade att mer eller mindre självständigt övertaga en del av tandvårdschefens ledande funktioner, främst i fråga om tandvårdens planering och ändamålsenliga bedrivande samt beträffande rekryteringen av underordnad personal. Hans medverkan kan också bli av stort värde vid tillsättning av vissa tjänster. Erfarenheten av cheftandläkarnas verksamhet är emellertid ännu så länge tämligen begränsad. Försiktigheten torde därför bjuda att med prövning av frågan om en ökad decentralisering av beslutsfunktionerna anstår till dess den organiserade tandvården ytterligare utbyggts och konsoliderats.

13 Särskilda frågor

13.1 *Utländska tandläkare i folktandvården*

Jämlikt sina direktiv bör folktandvårdsutredningen överväga i vad mån man kan stimulera utländska tandläkare att söka sig till och stanna kvar inom folktandvården. Frågan härom har, enligt vad folktandvårdsutredningen erfarit, varit uppe till diskussion inom såväl socialstyrelsen som landstingsförbundet. Därvid har framkommit i huvudsak följande.

Socialstyrelsen. Bland de flyktingar som kom till Sverige under andra världskriget, speciellt mot slutet av detta eller kort tid därefter, befann sig också en hel del tandläkare. Det gällde framförallt personer från Danmark, Finland, Norge och de baltiska staterna. De flesta av dessa sökte och erhöll arbetstillstånd och anställning i folktandvården. I slutet av 1940-talet ökade tillströmningen av utländska tandläkare, främst västtyska men också åtskilliga norska och danska tandläkare. Vakanssituationen i fråga om tandläkare, vilken alltifrån folktandvårdens start 1939 och under hela 40-talet varit besvärande och som vid årsskiftet 1949/50 medförde att 22,5 % av antalet tjänster var vakanta, förändrades avsevärt till det bättre under första hälften av 1950-talet. Vid ingången av 1956 hade antalet vakanta tjänster sjunkit till 7,9 % av totalantalet, trots att nu åtskilligt fler tjänster fanns i folktandvården. Denna förbättring var till stor del resultat av tillskottet av utländska tandläkare.

Under senare hälften av 1950-talet minskade emellertid tillströmningen av tyska tandläkare betydligt och antalet vakanser ökade åter. Detta medförde att en del av huvudmännen via den tyska fackpressen sökte stimulera ytterligare tandläkare att komma hit med den påföljd att en viss ökad tillströmning förmärktes under åren 1959 och 1960. Därefter har ständigt ett antal nya utländska tandläkare fått arbetstillstånd och anställning här, men antalet har varit förhållandevis begränsat. Följande tabell visar situationen.

Summan motsvarar i genomsnitt 38 tandläkare per år. Om man härtill lägger även de nordiska tandläkare som kommit hit finner man, att under tiden 1961—68 ca 50

Antal i Sverige ej förut verksamma utländska tandläkare, vilka meddelats arbetstillstånd

År	För tjänstgöring i folktandvården	För tjänstgöring vid odont. fak	Summa
1961	38	5	43
1962	20	3	23
1963	20	7	27
1964	27	5	32
1965	30 + 18 bulg.	3	51
1966	36	2	38
1967	31	—	31
1968	37 + 16 bulg.	3	56
Summa	239 + 34 bulg.	28	301

utländska tandläkare i medeltal per år sökt och erhållit arbetstillstånd, varav de flesta för tjänstgöring inom folktandvården. Emellertid har under samma tid totala antalet utländska tandläkare inom folktandvården minskat. Under senare år har nämligen de utländska tandläkarna haft möjlighet att erhålla fullständig behörighet först genom kunglig resolution och från och med 1964 genom meddelande av svensk tandläkarlegitimation. Detta har medfört att en del av de utländska tandläkarna i folktandvården övergått till privat praktik. Dessutom har några uppnått pensionsåldern, flera har återvänt till sitt hemland, en del har avlidit. Antalet utländska i folktandvården verksamma tandläkare utgjorde sålunda den 1 oktober 1968 347 mot 466 den 1 januari 1960.

Under 1960-talet har det i huvudsak varit tandläkare från Danmark och Norge som sökt sig hit, därjämte en eller annan från England, Finland, Frankrike, Holland, Västtyskland samt under senare tid icke så få från Jugoslavien och Bulgarien. Enstaka tandläkare har kommit från arabländerna, Australien, Grekland, Indien, Sydamerika, Turkiet och USA. De som kommit från främmande världsdelar, framförallt från Australien och USA, har från början förklarat att de endast önskat stanna ett eller annat år för att sedan återvända till sitt hemland. Under de senaste åren har man kunnat märka en tydlig ökning av tillströmningen från Jugoslavien, temporärt också från Tjeckoslovakien. Ett ökat antal ansökningar har likaledes kommit från Bulgarien, Polen, Rumänien och Ungern.

Det kan i detta sammanhang nämnas att antalet förfrågningar om möjligheten att erhålla tandläkartjänst eller att få studera i Sverige alltid varit väsentligt större än antalet ansökningar. Under år 1968 inkom till socialstyrelsens tandvårdsbyrå ca 170 förfrågningar. Då man ej kan räkna med att det stora flertalet bland patienter och personal inom folktandvården kan något främmande språk, måste en utländsk tandläkare någorlunda behärska svenska språket, innan han kan få en tjänst. Det torde vara kravet på kunskaper i svenska språket som framförallt avhåller åtskilliga tandläkare att söka anställning här.

Vid prövningen av ansökningar om tillstånd att utöva tandläkaryrket i Sverige såsom tandläkare i folktandvården har uppställts kravet att vederbörande skall ha en utbildning och erfarenhet som ungefärligen motsvarar den svenska tandläkarutbildningen eller i vart fall är jämförbar med denna, så att vederbörande efter en tids tjänstgöring kan lära sig de principer efter vilka tandvård bedrivs här i landet. Bedömningen har grundats på upplysningar från WHO:s World Directory of Dental Schools samt från svenska och utländska tandläkare, vilka ägt kännedom om förhållandena i skilda länder. Till god ledning vid bedömningen har också varit de erfarenheter som gjorts inom folktandvården rörande tjänstgörande tandläkare från olika länder. Sålunda har man haft negativa erfarenheter av tandläkare från en del länder; särskilt gäller detta tandläkare med äldre utbildning. På grund av uppgifter från tillförlitliga källor har inte utbildningen inom en del utomeuropeiska länder kunnat godtagas.

När de sökande fått veta att för tillstånd erfordras relativt goda kunskaper i svenska språket har många dragit sig tillbaka och inte fullföljt ansökningarna. För övrigt har det synts socialstyrelsen olämpligt att Sverige med den största tandläkartätheten i världen — en tandläkare på något över 1 200 invånare — skulle mottaga tandläkare från exempelvis en del afrikanska länder, där tillgången på tandläkare är mycket låg.

Att numera få ansökningar kommer från tandläkare i England, Frankrike och Västtyskland torde bl. a. bero på att tandläkarna där under senare år erhållit väsentligt bättre villkor än tidigare. Härtill har sannolikt bidragit att tandläkarkårens numerär i dessa länder stagnerat eller befinner sig på tillbakagång. I Västtyskland minskar tandläkarkåren för närvarande med drygt 500 individer per år. I England och Schweiz har under senare år tillströmningen till tandläkarstudier bedömts såsom otillräcklig eller i underkant i förhållande till behovet. I bå-

da dessa länder har man för övrigt i flera år tagit emot utländska tandläkare för arbete där. I Österrike har utexaminationen av nya tandläkare varit anmärkningsvärt låg under senare år, endast 30 à 40 per år.

Vad angår frågan om Sverige skulle genom rekryteringsaktivitet i en del länder försöka få flera tandläkare till folktandvården må erinras om att vissa landsting under senare år annonserat efter tandläkare från Norge och Danmark. Detta har för övrigt inte bara gällt tandläkare utan också läkare. Denna aktivitet synes ha verkat stötande på olika håll i dessa länder och det är därför tveksamt, om det kan vara lämpligt att fortsätta på denna väg. Med tanke på situationen i England, Frankrike, Holland, Schweiz och Västtyskland, som har en utbildning jämförbar med den svenska, är det troligt att en rekryteringskampanj knappast skulle ha någon effekt. I lika hög grad torde det gälla Österrike. Det synes vidare ytterst tveksamt om det överhuvudtaget är möjligt att bedriva en rekryteringskampanj i de östeuropeiska länderna.

Å andra sidan skulle man genom en dylik kampanj med stor sannolikhet kunna erhålla sökande från en del stater i södra Europa, arabländerna, Indien m. fl. Med hänsyn till kompetensen hos tandläkarna i dessa länder synes dock en dylik kampanj ej böra igångsättas. Eventuellt kan det tänkas att USA skulle kunna avstå en del tandläkare. Effekten av en rekryteringskampanj där torde i hög grad bli beroende av de ekonomiska villkor som bjuds i Sverige.

Landstingsförbundets enkät. Svenska landstingsförbundet översände i juni 1967 för kännedom till samtliga landstingskanslier förbundsstyrelsens svar på en förfrågan från Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott angående överförande av bulgariska tandläkare till Sverige. I sitt svar framhöll styrelsen, att det för en utbyggnad av nuvarande knappa resurser kunde anses vara ett landstingsintresse att bereda utländska tandläkare anställning inom folktandvården men att det torde ankomma på det enskilda landstinget att i varje särskilt fall bedöma behovet att få tjänster besatta, ställt i relation till språksvårigheter, utbildningsnivå samt kostnader för resor och fortbildning m. m. Sedermera föreslog Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott, att förbundet i samråd med socialstyrelsen skulle ta initiativ till och på lämpligt sätt organisera rekryteringen av utländska tandläkare till folktandvården samt föranstalta om erforderlig fortbildning. Med anledning härav har förbundet i en år 1968 utsänd enkät inhämtat landstingens synpunkter i hithörande frågor i syfte att mera allmänt få belyst dagens behov av annan kvalificerad arbetskraft än svensk inom folktandvårdssektorn.

Enkätsvaren ger vid handen att fyra landsting, nämligen Jönköpings, Blekinge, Älvsborgs och Jämtlands läns, uttalar ett klart positivt intresse för en fortsatt rekrytering av utländska tandläkare. Man hänvisar därvid främst till vakanssituationen inom folktandvården i stort men också till förhållandena inom de egna landstingsområdena. Jämtlands läns landsting betonar svårigheterna att besätta tjänsterna i landsbygdsdistrikten med svenska tandläkare. Sju landsting uttalar, att ett visst behov av utländska tandläkare torde föreligga under rätt lång tid framöver. I övrigt har något behov av ytterligare utländska tandläkare icke framträtt i enkätsvaren.

Flera landsting framhåller den förbättring i rekryteringssituationen, som förmärkts under den senaste tiden, samt hänvisar därjämte till den kommande utexaminationen från tandläkarhögskolan i Göteborg. Om särskild rekrytering skall förekomma förordas från flera håll, att denna organiseras centralt och att det likaledes centralt anordnas fortbildningskurser, där vederbörande tandläkare kunde underkastas prov avseende behandlingsmetoder och deras praktiska tillämpning, innan förordnande till tandläkartjänst lämnades.

Västernorrlands läns landsting framhåller, att svårigheterna främst består i att få tjänsterna i landsbygdsdistrikten besatta. Dessa svårigheter torde för landstingets del bestå under överskådlig tid. Man ifrågasätter dock om utländska tandläkare är villiga att under

någon längre tid uppehålla sådana perifera tjänster.

Tämligen entydigt framhåller man den stora betydelse de utländska tandläkarna haft under folktandvårdens uppbyggnadsskede. Erfarenheterna av de utländska tandläkarnas insatser synes också vara övervägande positiva såväl kvalitativt som kvantitativt. Man är också tämligen ense om uppfattningen att det är de nordiska och tyska tandläkarna, som haft lättast att anpassa sig till svenska förhållanden. Beträffande övriga nationaliteter bedöms utbildningens lägre nivå och språksvårigheterna resa större hinder i vägen. Att rekrytera tandläkare från Öst- och Sydeuropa och från andra världsdelar anses kräva särskilt stora insatser när det gäller kompletterande utbildning och språkundervisning.

Sammanfattningsvis kan sägas att man från landstingens sida, bortsett från de fyra landsting som varit klart positiva, intar en något avvaktande hållning och hoppas, att det ökade intresse för arbete inom folktandvården, som man tycker sig kunna spåra, tillsammans med den ökade examinationen av nya tandläkare, som väntas slå igenom en bit in på 70-talet, skall visa sig vara tillfyllest för att lösa folktandvårdens fortfarande rätt besvärliga rekryteringsläge. Man vill givetvis ändå lämna dörren öppen för enstaka utländska tandläkare att söka sig till folktandvården, men att taga initiativ för att i större omfattning rekrytera utländska tandläkare finner man på det hela taget ej befogat.

Kostnader för rekrytering av en grupp bulgariska tandläkare. För att belysa omfattningen av de kostnader, som vid en organiserad rekrytering av utländska tandläkare kan komma att åvila Sverige, lämnas i det följande en sammanställning av motsvarande kostnader avseende en grupp om 16 bulgariska tandläkare våren 1968.

Sammanställning

Resor till Sverige för 12 tandläkare med familjer		25 760
Resor inom Sverige		5 250
Engångsbidrag vid ankomsten till Sverige		12 600
Fri kost och logi jämte månadsersättning		77 400
Språkundervisning:		
Lärararvoden	23 600	
Lokalhyror	3 200	
Studiematerial	4 400	
Adm. kostnader	4 100	
Övrigt	7 400	42 700
Undervisning i socialmedicin		6 100
Odontologisk kurs i Umeå		
Lärararvoden	40 000	
Studiematerial	7 500	
Kuratorsarvode	1 000	
Vivre och månadsersättning	40 300	
Administration	1 800	
Övrigt	4 400	95 000
Diverse		2 200
		267 010

Folktandvårdsutredningen. Utredningen delar den avvaktande inställning till frågan om en organiserad rekrytering av ytterligare utländska tandläkare till folktandvården, som kommit till synes vid socialstyrelsens och landstingsförbundets undersökningar i frågan. Frånsett de olägenheter, som alltid är förbundna med en sådan import, finner utredningen det mindre lämpligt att i en tid, då tillströmningen av svenska tandläkare till folktandvården visar en klar tendens att öka, vidtaga särskilda åtgärder för att befrämja rekryteringen av utländska tandläkare till denna vårdgren. Utredningen anser sig också ha grundad anledning antaga, att denna tendens skall bli än mer framträdande, om utredningens förslag till rekryteringsbefrämjande åtgärder av såväl informativ som organisatorisk art omsättes i praktiken. Härtill kommer, att möjligheterna utomlands för en ändamålsenlig rekrytering av tandläkare till Sverige undan för undan minskar på sätt framgår av socialstyrelsens redogörelse. Utredningen är alltså icke beredd att f. n. föreslå några särskilda åtgärder för att stimulera anställande av ytterligare utländska tandläkare inom folktandvården.

Utredningen vill dock tillägga att, om sådana åtgärder framdeles skulle visa sig påkallade, den hittillsvarande utbildningen i Sverige för de utländska tandläkarna synes

behöva kompletteras i vissa avseenden. Enligt vad för utredningen upplysts har nämligen denna befunnits vara otillräcklig med avseende på både den språkliga undervisningen och den odontologiska efterutbildningen. Dessa brister har självfallet framträtt med större tydlighet allteftersom den rekryteringsbas, som de utländska tandläkarnas hemländer representerar, vidgats.

13.2 *Studenttandvården*

Tandvård för studerande vid universitet och högskolor har i studentorganisationernas egen regi organiserats i Stockholm, Göteborg och Lund. Vid universitetsfilialen i Växjö har anställts en tandläkare på halvtid fr. o. m. våren 1969. På flertalet övriga kårorter, inklusive orter med universitetsfilialer, har avtal träffats med tandläkare, innebärande att studenterna med relativt kort väntetid kan erhålla tandvård till en taxa som i allmänhet med ca 10 % understiger den för den privata tandvården gängse.

Nedanstående sammanställning belyser studenttandvården i Stockholm och Göteborg (1968/69) och Lund (år 1968).

Som framgår av sammanställningen erhåller studentorganisationerna för ändamålet i varierande omfattning bidrag från sjukvårdshuvudmännen. För Stockholms del utgår årligt bidrag från Stockholms stad med ca 20 000 kr. Studentkårerna i Göteborg och Lund gör årligen framställning till samtliga sjukvårdshuvudmän med begäran om ett fixerat bidrag för varje student från resp. huvudmannaområde som är inskriven vid studentkåren.

Den genomsnittliga behandlingstiden för revisionsfall utgjorde i Stockholm 3,3 timmar och i Lund 3,1 timmar. Genomsnittlig behandlingstid för de akuta fallen utgjorde i Lund 1,6 timmar. För Göteborg föreligger icke motsvarande uppgifter.

I skrivelse till sjukvårdshuvudmännen i april 1967 hemställde stiftelsen Göteborgsstudenternas hälsovårdsnämnd om bidrag till driftkostnaderna vid en tandläkarmottagning för studenterna som skulle inrättas hösten 1967. Genom en särskild tandläkarmottagning för studenterna hoppades man kunna erbjuda dessa tandvård till lägsta möjliga kostnad och efter kortast möjliga väntetid. Stiftelsen framhöll att 75 % av studenterna icke var hemmahörande på studieorten och därmed hade stora svårigheter att komma i åtnjutande av den billigare form av tandvård som folktandvården erbjöd. Man betonade vidare det stora tandvårdsbehov som förelåg för ifrågavarande åldersgrupper samt att studenterna var en ekonomiskt svag grupp. Tillika upplystes att statsbidrag ej kunde erhållas till denna verksamhet samt hänvisades till den ordning som var gällande på sjukvårdssidan.

I skrivelse den 18 maj 1967 anhöll Jämtlands läns landsting om landstingsförbundets yttrande i ämnet.

Med skrivelse den 29 juni 1967 har Svenska landstingsförbundets styrelse överlämnat nu berörda skrivelser till folktandvårdsutredningen och samtidigt framhållit, att den funnit sig böra tillråda landstinget att i avvaktan på utredningens resultat icke eko-

	Antal stud.	Antal tandl. tj.	Ant. behandlade		Tandl. tim.	Bruttokostn. per tandl. timme (inkl. tekniker-arbeten)	Intäkt per tandläkartimme genom	
			Fullst.	Akut·			pat. avg.	huvudmannabidrag
Stockholm	44 000	4[1]	949		3 200	88: 32	92: 50	6: 25
Göteborg	23 000	2	1 076	329	2 935	72: 91	70: 25	3: 27
Lund	20 000	4	1 482	990	6 172	71: 75	44: 41	13: 74

Anm.: 1 = halvtid.

nomiskt engagera sig i det tilltänkta arrangemanget. Styrelsen fann det emellertid vara av värde att aktualiserade problem kom under prövning vid översynen av folktandvården.

Folktandvårdsutredningen. Stiftelsen Göteborgsstudenternas hälsovårdsnämnd synes vara av den uppfattningen, att studenterna på sina hemorter skulle vara garanterade tandvård hos folktandvården. Så är emellertid ej fallet. Det stora vårdbehov som sannolikt föreligger för de åldersgrupper studenterna främst omfattar torde i huvudsak ha sin grund i att tandvården eftersatts, sedan den organiserade tandvården upphört. Om utredningens förslag angående utbyggnaden av denna tandvård genomförs, kan frågan förväntas komma i ett annat läge genom att studenterna, liksom övriga ungdomar, kommer att åtnjuta regelbunden tandvård t. o. m. 19 års ålder. Vidare må framhållas, att om och när en allmän tandvårdsförsäkring införs kommer situationen att än mer förbättras för studenterna liksom för övriga studerande.

Enligt vad som ovan upplysts erhåller studentkårerna f. n. driftbidrag från sjukvårdshuvudmännen i varierande omfattning. Folktandvårdsutredningen anser för sin del att det alltjämt bör vara ett frivilligt åtagande för huvudmännen om de vill ge bidrag till studenttandvården.

14 Allmänna synpunkter på folktandvårdens rättsliga reglering

14.1 *Några utgångspunkter*

I utredningens direktiv har departementschefen påpekat att det f. n. icke finns någon skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla tandvård. Den nuvarande författningsregleringen av folktandvården är uppbyggd som villkor för statsbidrag. Departementschefen anförde vidare: »Oavsett hur en tandvårdsförsäkring kan komma att bli konstruerad är det nödvändigt att en motsvarighet till den samhälleliga sektorn inom läkarvården finns även på tandvårdssidan. Vårdskyldigheten bör i båda fallen vara fastslagen i lag.»

Av direkt betydelse för författningsregleringen synes också följande uttalande i direktiven vara: »En lagstadgad, effektiv folktandvårdsorganisation utgör enligt min mening den nödvändiga grundvalen för en tandvårdsförsäkring. Som ett förstahandsmål bör gälla att den kostnadsfria, organiserade barntandvården får sådan omfattning att den räcker till för samtliga barn i åldrarna upp till 17 år. En tandvårdsförsäkring skall alltså inte behöva omfatta dessa grupper.»

Meningen måste antas vara — och häri vill utredningen för sin del instämma — att den kostnadsfria, organiserade barntandvården skall åläggas landstingskommunerna som en skyldighet. En sådan skyldighet synes i följande avseenden gå utöver ett vårdåliggande som motsvarar det som sjukvårdslagen statuerar för sjukvårdssidan. För det första skulle det inte räcka att huvudmännen ställer vårdresurser till förfogande för barnen. Huvudmännen skulle också ha att ta initiativ till att vården kommer till stånd. Detta skulle ske genom att vården bedrivs i organiserade former på samma sätt som hittills. För det andra skulle huvudmännen vara skyldiga att ge vården gratis, alltså utan avgift från patienten. En tredje utvidgning synes följa av kravet på att dessa patientkategorier skall kunna lämnas utanför tandvårdsförsäkringen. Detta bör nämligen uppenbarligen inte få leda till att vissa av dessa patienter kommer i ett — ekonomiskt — sämre läge än dem som omfattas av försäkringen. Huvudmännens åligganden i denna del skulle därför närmast få utformas som en slags »garantiförpliktelse».

Av det sagda följer att utformningen av huvudmännens skyldigheter inom tandvårdssektorn blir mer komplicerad än enligt sjukvårdslagen.

Härtill kommer frågan i vad mån tiden kan anses mogen att fullt ut ålägga huvudmännen att ombesörja tandvård.

Enligt utredningens undersökningar synes man rimligen kunna räkna med att folktandvårdens resurser kommer att öka stadigt under 1970-talet. Redan nu kan de allra flesta 6—16-åringar tas om hand inom den organiserade tandvården. Ungdomar i åldrarna 17—19 år torde successivt fram

till 1975—76 kunna inordnas i sådan tandvård. Därmed skulle den s. k. tandvårdsluckan före värnplikten vara täckt. Någon gång under denna tidsperiod bör folktandvården också kunna successivt åtaga sig de värnpliktigas tandvård. Den viktiga organiserade småbarnstandvården (åldrarna t. o. m. 5 år) kommer det däremot sannolikt att ta längre tid att bygga ut till erforderlig omfattning, främst på grund av bristen på särskilt utbildade småbarnstandläkare. Först omkring 1980 kan småbarnssektorn beräknas vara praktiskt sett täckt. Den utbyggnad av folktandvården som utredningen förordar för åldrarna 0—19 år och de värnpliktiga skall enligt utredningens bedömning i princip inte behöva medföra någon beskärning av den nuvarande i och för sig otillräckliga vuxentandvården. På längre sikt bör resurser fastmera finnas för en avsevärd utbyggnad av denna. Det bör dock erinras om att vad nu sagts avser landet i dess helhet. Inom vissa sjukvårdsområden eller distrikt kan avvikelser i positiv eller negativ riktning givetvis förekomma, även om de gjorda prognoserna i stort står sig.

Mot denna bakgrund förefaller det klart att ett åläggande för huvudmännen att tillhandahålla tandvård i dagens läge får förses med vissa inskränkningar. Med hänsyn till att dessa på sikt bör kunna tas bort har utredningen valt att utforma ett förslag till lagtext (lag om folktandvård) som i fråga om folktandvårdens omfattning — bortsett från militärtandvården — anger det mål, som man enligt utredningens mening bör eftersträva. I övergångsbestämmelserna till lagen har därvid införts de undantag som t. v. är nödvändiga. Som framgår av det följande gäller dessa undantag endast den organiserade barn- och ungdomstandvården men är å andra sidan för dennas del betydande.

14.2 *Barn- och ungdomstandvården*

Av förut angivna skäl bör huvudmännen åläggas att bedriva systematisk organiserad tandvård för alla barn och ungdomar i åldrarna 0—19 år. Eftersom ett sådant åliggande, på sätt likaledes framhållits i det föregående, i vissa avseenden går utöver vad som motsvarar vårdåliggandet enligt sjukvårdslagen, bör denna tandvårdsskyldighet regleras särskilt i lagen.

Tandvården bör i princip omfatta allt vad som vid varje tid anses odontologiskt motiverat och således även erforderlig specialtandvård. Vidare bör uppmärksammas att begreppet tandvård, till skillnad från begreppet sjukvård, inbegriper även profylaktisk vård. För att främja en enhetlig tillämpning i olika sjukvårdskommuner av lagens bestämmelser om organiserad barn- och ungdomstandvård bör åt socialstyrelsen uppdragas att meddela närmare bestämmelser om innehållet i denna tandvård. Även akuttandvård bör ges inom ramen för denna vårdskyldighet.

Den organiserade tandvården föreslås vara avgiftsfri för patienten. Såsom utredningen tidigare utvecklat bör denna regel vara undantagslös.

Utredningen har utgått från att de som inrymmes under huvudmännens åliggande att bedriva organiserad tandvård inte skall behöva omfattas av en tandvårdsförsäkring. Det är då nödvändigt att åliggandet verkligen uppfylls praktiskt sett fullständigt. Kan det inte ske inom ramen för folktandvårdens egna resurser, måste huvudmannen söka träffa avtal med privatpraktiserande tandläkare om att dessa skall biträda med den organiserade vården. Även sedan vårdskyldigheten satts i kraft kan det dock inträffa, att tillräckliga resurser inte heller på detta sätt kan åvägabringas. I dylika fall bör huvudmannen vara skyldig att meddela de berörda vårdberättigade härom, varvid vårdberättigad som själv lyckas ordna tandvården åt sig hos någon privattandläkare, skall äga rätt till skälig ersättning för vårdkostnaden av huvudmannen.

Det ligger i sakens natur att den systematiska tandvården för skolbarn organiseras på i princip samma sätt som hittills. När det gäller barn och ungdomar som

inte kan nås via skolan torde huvudmännen, eventuellt i samråd med socialstyrelsen, få utforma ett lämpligt kallelsesystem. Huvudmännen bör från folkbokföringen erhålla de uppgifter, som de behöver för att kunna uppfylla sitt åliggande att bedriva organiserad barn- och ungdomstandvård.

Skyldigheten att tillhandahålla sådan tandvård bör åvila hemlandstingskommunen och alltså omfatta dem som är bosatta inom denna kommun. I fråga om dem som t. ex. går i skola i annan landstingskommun (värdlandstingskommunen) kan det emellertid vara lämpligare att de får tandvården där. Hemlandstingskommunen får då träffa avtal härom med värdlandstingskommunen. Motsvarande bör givetvis gälla för kommun som ej tillhör landstingskommun.

Åliggandet att bedriva organiserad barn- och ungdomstandvård måste *övergångsvis* förses med följande begränsningar.

Till en början bör åliggandet begränsas till att omfatta åldersklasserna 6—16 år. När undantaget för åldrarna 0—5 och 17—19 år kan upphävas kan inte med säkerhet förutses. Det bör vara möjligt att successivt föra in småbarnen och/eller ungdomarna i den lagstadgade organiserade tandvården, närmast åldersklass efter åldersklass allteftersom resurserna medger detta. Det torde lämpligen få ankomma på Kungl. Maj:t att förordna härom. Socialstyrelsen bör ta initiativ till att frågan om sådant förordnande prövas av Kungl. Maj:t, när tiden kan anses mogen härför. Förordnande torde böra ges för hela riket på en gång. Det ligger i sakens natur att Kungl. Maj:t dessförinnan hör huvudmännen. Det är emellertid angeläget att huvudmännen kontinuerligt strävar efter att bygga ut sin organiserade tandvård för åldrarna 0—5 år och 17—19 år, innan Kungl. Maj:t meddelar något förordnande om utvidgning av det legala åliggandet. Statsbidragen bör — inom ramen för de nuvarande grunderna — utformas med hänsyn härtill.

Vidare måste ännu så länge accepteras vissa begränsningar i vårdens innehåll. Socialstyrelsen bör sålunda kunna förordna att tandvården inte behöver omfatta vård av mjölktänder — även de yngre skolbarnen har i stor utsträckning det temporära bettet kvar — och specialvård. Sådant förordnande bör, såvitt avser mjölktandvården, gälla tills annat följer av beslut av Kungl. Maj:t. Vidare bör socialstyrelsen följa utvecklingen och inom ramen för sina befogenheter själv slopa begränsningarna i vårdens innehåll så snart detta är möjligt. Självfallet bör därvid eftersträvas att föreskrifter som nu avses får samma innehåll för alla huvudmän.

Utredningen är medveten om att dess förslag i fråga om den organiserade barn- och ungdomstandvårdens omedelbara omfattning och innehåll samt följande successiva utbyggnad kan medföra vissa problem såvitt det gäller att inom de närmaste åren samordna denna tandvård med en tandvårdsförsäkring. Man bör emellertid enligt utredningens bestämda uppfattning inte räkna med att den organiserade barn- och ungdomstandvården skall kunna byggas ut snabbare än utredningen förordat, alltså under en femårsperiod fr. o. m. den 1 juli 1971. Till äventyrs skulle det resonemanget kunna tänkas, att man t. v. avstår från att bygga ut den organiserade tandvården för åldrarna 17—19 år och i stället koncentrerar sig på att bygga ut vården för åldrarna 0—5 år i syfte att snabbare nå full täckning av åldrarna 0—16 år och åtminstone till stor del undgå samordningssvårigheter i förhållande till försäkringen. Av förut angivna skäl är emellertid ett sådant resonemang inte realistiskt. Man torde i stället få räkna med att låta de åldersgrupper, som under övergångstiden faller utanför det legala åliggandet, provisoriskt ingå i försäkringen och automatiskt utträda därur samtidigt som 2 § lagen träder i kraft för resp. åldersgrupp.

Vidare må följande spörsmål påpekas. Om en tandvårdsförsäkring kommer att omfatta rätt till reseersättning, uppstår frågan om de som omfattas av den organiserade tandvården och alltså får helt kost-

nadsfri vård bör få samma rätt. För grundskolebarnens del torde frågan inte ha någon större betydelse. Utredningen utgår från att den primärkommunala skolskjutsorganisationen i fortsättningen vid behov — liksom hittills — ombesörjer skolbarnens resor till tandläkaren. Annorlunda är läget för 6-åringar ävensom för 0—5 och 17—19-åringar, när dessa inordnas i den organiserade tandvården. Men eftersom man f. n. inte vet hur en tandvårdsförsäkring kan komma att bli utformad i detta avseende nöjer sig utredningen med att här fästa uppmärksamheten på frågan.

14.3 *Militärtandvården*

Utredningen har i det föregående förordat att folktandvården skall med början fr. o. m. 1973 överta ansvaret för militärtandvården. Slutmålet i sak bör vara att den organiserade tandvården för ungdomen kommer att omfatta även dem som fullgör sin första värnpliktstjänstgöring eller motsvarande vapenfri tjänstgöring, ehuru med en annan ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Tandvården för de värnpliktiga bör alltså, åtminstone på sikt, få samma innehåll som för barn och ungdom i allmänhet. Den bör bedrivas i organiserade former och vara avgiftsfri.

Sjukvårdskommunernas övertagande av ansvaret för miltärtandvården avses emellertid skola föregås av förhandlingar härom mellan dem och staten. Utredningen har därför lämnat regleringen av denna tandvård utanför sina författningsförslag och hänvisar i denna del till bifogat avtalsförslag (bil. 4).

I samband med nyssnämnda förhandlingar bör även beaktas hur man efter reformens ikraftträdande skall tillgodose tandvårdsbehovet för de vapenfria tjänstepliktiga, vilka enligt KK 1966: 414 under sin tjänstgöring åtnjuter samma förmåner som enligt KK 1958: 485 tillkommer värnpliktig i samband med värnpliktstjänstgöring.

14.4 *Den avgiftsbelagda tandvården*

Om folktandvården för vuxna (frånsett de värnpliktiga) sägs i direktiven bl. a. att den bör vara avgiftsbelagd och taxebunden samt att det är särskilt angeläget att tandvårdsmöjligheterna i glesbygderna säkerställs.

Man kan hysa tvekan om huruvida huvudmännen redan nu bör åläggas ett principiellt ansvar att bedriva vuxentandvård på motsvarande sätt som de ålagts att bedriva sjukvård, dvs. i den mån icke annan drager försorg därom. De resurser som folktandvården kan ställa till förfogande för vuxentandvård är idag helt otillräckliga i större delen av riket. Detsamma kommer sannolikt att bli förhållandet ett antal år framöver, främst på grund av personalbrist.

Man kunde då överväga att till åliggandet att bedriva organiserad barn- och ungdomstandvård foga en bestämmelse om att huvudmännen dessutom *bör* ombesörja vuxentandvård, särskilt i glesbygderna. Emellertid skulle en sådan rekommendation knappast fylla någon funktion. Vidare bör erinras om att den nuvarande 55 %-regeln till förmån för barntandvården i praktiken medfört, att sjukvårdskommunerna måste ägna en inte obetydlig del av sina tandvårdsresurser åt vuxentandvård för att få rätt till statsbidrag. Utredningen har förordat att denna regel skall bortfalla. Det torde visserligen icke vara någon reell risk att huvudmännen begränsar vuxentandvården, om de åläggs att bedriva barn- och ungdomstandvård och samtidigt endast rekommenderas att bedriva vuxentandvård. Utredningen vill dock ogärna föreslå en reglering som formellt sett underlättar en sådan begränsning.

Vidare bör beaktas att ett sådant åläggande enligt sjukvårdslagen inte innebär mer än att huvudmännen skall ombesörja vård inom ramen för tillgängliga resurser, låt vara att innebörden härav i vissa avseenden synes oklar. Vid tillkomsten av 1962 års sjukvårdslag var man f. ö. medveten om att det åliggande med avseende på

den öppna sjukvården, som då statuerades, på grund av personalbrist t. v. i vissa avseenden inte kunde uppfyllas (prop. 1962: 122). Detta ansågs inte böra hindra att åliggandet kom till stånd.

Med hänsyn bl. a. till det anförda har utredningen stannat för att redan nu föreslå ett åliggande för huvudmännen att ombesörja annan tandvård än organiserad barn- och ungdomstandvård. Skyldigheten bör ha samma karaktär som åliggandet enligt sjukvårdslagen att ombesörja sjukvård. Bestämmelsen bör alltså ges det innehållet att sjukvårdskommun skall ombesörja tandvård för dem som är bosatta inom kommunen och för andra som vistas där och behöver vård för akuta tandbesvär, i båda fallen i den mån annan inte drar försorg om vården. Härjämte bör undantag från bestämmelsen göras för den organiserade tandvården, som särskilt för sig skulle åläggas huvudmännen.

Ifrågavarande bestämmelser kommer automatiskt att medföra att huvudmännen måste lägga särskild vikt vid att tillgodose tandvårdsbehovet i glesbygderna och andra områden, där antalet privattandläkare är otillräckligt.

Den tandvård som omfattas av det nu föreslagna allmänna åliggandet bör i princip vara avgiftsbelagd. Bestämmelser om vad som får avkrävas patienten bör fastställas av Kungl. Maj:t i samma omfattning som f. n. Utformningen av sådana bestämmelser ligger dock utanför utredningens uppdrag.

Inom ramen för den avgiftsbelagda tandvården bör alltjämt förtur ges åt akuta fall. Vidare bör förtur ges åt blivande eller nyblivna mödrar, dvs. åt dem som omfattas av den nuvarande s. k. mödratandvårdsförsäkringen, i den mån socialstyrelsen icke meddelat dispens härifrån. Däremot torde nuvarande möjlighet för socialstyrelsen att medge förtur för ungdom i åldern 17—19 år icke böra bibehållas vid sidan av den föreslagna utvidgningen av den organiserade tandvården att successivt omfatta dessa åldersgrupper. Det torde ej heller vara realistiskt att, såsom från en del håll ifrågasatts, i nuvarande läge medge förtursrätt för andra patientgrupper, t. ex. folkpensionärer. Utredningen har därför avstått från att framlägga förslag i sådan riktning.

I detta sammanhang vill utredningen erinra om att enligt gällande folktandvårdsplan för Stockholms stad är stadens skyldighet att meddela tandvård för vuxna, förutom förtur åt akuta fall, mödratandvård och ungdomar i åldern 17—19 år, begränsad till mindre bemedlade och obemedlade personer. Huruvida en dylik dispens blir aktuell även sedan staden ingått i det nya storlandstinget undandrar sig utredningens bedömande. Utredningen har därför icke upptagit en motsvarande dispensbestämmelse i sitt förslag.

14.5 *Författningsregleringen i övrigt*

Vad nu förordats i fråga om skyldighet för huvudmännen att tillhandahålla tandvård utgör kärnan i den *lag om folktandvård* som utredningen föreslår. Härutöver bör i lagen ingå vissa grundläggande bestämmelser i bl. a. organisatoriskt avseende. Beträffande omfattningen av denna reglering kan sjukvårdslagens bestämmelser om den öppna vården i viss mån tjäna som mönster. Utredningen hänvisar i detta hänseende till bifogade lagförslag jämte specialmotivering och begränsar sig till att i det följande beröra några särskilda punkter.

I fråga om ledningen av folktandvården närmast under sjukvårdsstyrelsen föreslår utredningen vissa ändringar i sak i förhållande till nuläget, innebärande att densamma i sin helhet normalt bör ankomma på tandvårdsinspektören (tandvårdschefen), vilken f. n. formellt endast handhar ledningen och tillsynen av distriktstandvården.

I samband härmed föreslås — i syfte att bereda de allt talrikare specialisterna en reglerad möjlighet att framföra sina synpunkter utan att ge dem rätt att närvara vid förvaltningsorganets sammanträden —

att inom varje sjukvårdskommun inrättas ett särskilt organ med rådgivande befogenhet, bestående av en representant för varje där befintlig specialvårdgren. De grundläggande bestämmelserna härom bör ingå i lagen.

Övertandläkare som förestår centraltandpoliklinik utnämnes f. n. av Kungl. Maj:t. För utredningen har upplysts att reglerna om tillsättning av tjänst som överläkare, provinsialläkare samt övertandläkare vid centraltandpoliklinik f. n. är föremål för Kungl. Maj:ts prövning. Utredningen, som i detta betänkande icke närmare ingått på regleringen av specialtandvården, har därför t.v. endast överfört den nuvarande regeln till sitt lagförslag.

Tandläkartjänster i övrigt inom folktandvården bör liksom hittills tillsättas av sjukvårdsstyrelsen. Kungl. Maj:t bör dock kunna föreskriva behörighetsvillkor och regler om förfarandet vid tillsättning av sådan tjänst (t. ex. inhämtande av sakkunnigutlåtande). Dessa befogenheter bör vidare kunna delegeras till socialstyrelsen. I vilken omfattning sådan delegation enligt utredningens mening i första hand bör ske framgår av förslaget till tillämpningskungörelse till lagen.

Gällande generella förbud för tandläkare, som är fast anställd inom folktandvården, att utöva enskild tandläkarpraktik föreslås utgå ur författningsregleringen. Frågan om rätten att bedriva privatpraktik avses i stället böra regleras avtalsvägen.

I anledning av utredningens förslag om rätt till ersättning i vissa fall för tandvårdskostnader, när huvudman inte kunnat uppfylla sitt åliggande beträffande organiserad barn- och ungdomstandvård, bör införas en särskild besvärsrätt för den enskilde. Det är knappast rimligt att den ersättningskrävande i händelse av tvist härom skulle vara hänvisad att föra talan vid allmän domstol.

Vid sidan om lagen bör i vanlig ordning finnas tillämpningsbestämmelser som beslutas av Kungl Maj:t. Utredningen lägger också fram förslag härtill i form av en *folktandvårdskungörelse*. Socialstyrelsen bör få bemyndigande att inom lagens och tillämpningskungörelsens ram utfärda de närmare föreskrifter som behövs.

Statsbidragsbestämmelserna bör samlas i en kungörelse för sig. *Statsbidragskungörelsen* kommer då att väsentligen innehålla regler om bidragens beräkning och utbetalande, på sätt framgår av bifogade förslag till en sådan kungörelse. Även här har militärtandvården hållits utanför, då frågan om de därmed förenade kostnadernas bestridande avses bli föremål för avtal i särskild ordning.

Ehuru det icke ingår i utredningens uppdrag att pröva grunderna för statens bidrag till folktandvården, finner sig utredningen i detta sammanhang dock böra erinra om att dessa grunder, oaktat fortgående kostnadsförskjutningar till huvudmännens nackdel, varit oförändrade alltsedan de fastställdes av 1950 års riksdag. Frågan om en höjning och reglering av ifrågavarande bidrag, bl. a. i syfte att jämställa städerna utanför landsting med övriga huvudmän, har varit aktuell vid skilda tillfällen men uppskjutits av olika anledningar. Senast var detta fallet vid 1967 års riksdag, då frågan ansågs böra anstå i avbidan på folktandvårdsutredningens förslag. Under hänvisning härtill får utredningen, som särskilt med tanke på barn- och ungdomstandvårdens utbyggande finner en omprövning av statens bidrag till förevarande vårdgren angelägen, föreslå att en sådan omprövning snarast möjligt kommer till stånd.

Slutligen framläggs förslag till ny *förordning om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården*, varvid förordningen anpassats till utredningens förslag om utbyggnad av den organiserade tandvården.

15 Specialmotivering till författningsförslagen

Utöver vad som sagts i det föregående må följande anföras i fråga om de särskilda författningsförslagen. Med »statsbidragskungörelsen» eller motsvarande avses i det följande den gällande kungörelsen angående statsbidrag till folktandvård och med »instruktionen» gällande instruktion för tandläkare inom folktandvården.

15.1 *Förslaget till lag om folktandvård*

2 §

I den nuvarande statsbidragskungörelsen förekommer och definieras bl. a. begreppen »systematisk behandling» och »organiserad tandvård» (9 §). Dessa begrepp torde inte behöva användas i lagtexten. I princip åsyftas emellertid inte någon ändring i sak. I lagtextens ordalag »skall se till att regelbunden tandvård erbjudes» ligger således att huvudmannen inte bara skall ställa erforderliga tandvårdsresurser till förfogande. Som framhållits i det föregående skall han också ta initiativ till att vården faktiskt kommer till stånd. Detta avses ske i organiserade former på motsvarande sätt som hittills. Med regelbunden tandvård avses »i regel en gång årligen återkommande tandvård» (jfr 9 § statsbidragskungörelsen).

I lagtexten har särskilt framhållits att *alla* barn och ungdomar skall erbjudas vården. Målet bör ju vara att de inte skall behöva omfattas av någon tandvårdsförsäkring.

Även psykiskt eller fysiskt handikappade barn och ungdomar omfattas av vårdskyldigheten. Till de därmed förenade problemen återkommer utredningen i ett senare sammanhang.

Vårdskyldigheten omfattar dem som är bosatta inom landstingskommunen. Bosättningsbegreppet är detsamma som i sjukvårdslagen. Som regel får man anses bosatt där man är kyrkobokförd.

Vårdskyldigheten bör omfatta också den akuttandvård som ifrågavarande barn och ungdomar behöver. Detta bör särskilt sägas ut i lagen eftersom begreppet systematisk eller regelbunden vård knappast kan anses omfatta akutvård. I förekommande fall ligger det i sakens natur att värdlandstingskommun i allmänhet utför akutvården för hemlandstingskommunens räkning.

Det må anmärkas att den nuvarande särskilda avgiften för tandreglering faller bort, såvitt avser sådan tandvård av detta slag som ges enligt 2 §.

I fråga om de begränsningar i vårdåliggandet enligt denna paragraf, som t.v. måste gälla, hänvisas till kap. 14.

3 §

Bakgrunden till ersättningsrätten har angetts i kap. 14. Rätten gäller endast till förmån för dem, som är legalt och inte bara

faktiskt inordnade i den organiserade vården enligt 2 §, och avser bara behandlingsformer, som detta vårdåliggande omfattar. (Det sagda är av betydelse så länge undantagen i övergångsbestämmelserna alltjämt gäller).

Rätten till ersättning omfattar vårdkostnaden, och alltså inte t. ex. resekostnad.

Vid bedömande av vad som är »skälig» ersättning bör huvudmannens självkostnad — med bortseende från bidrag från staten och primärkommun — för samma vård kunna tjäna till ledning.

Den som är inordnad under den organiserade barn- och ungdomstandvården bör inte kunna, med avstående från denna, själv anlita privattandläkare på huvudmannens bekostnad. Rätt till ersättning bör endast föreligga där huvudmannen på förhand gett besked om att den vårdsökande det året inte kan tas emot inom den organiserade vården. Sådana besked bör huvudmannen i förekommande fall sända ut till dem det gäller så snart han kan överblicka läget (se 28 § förslaget till folktandvårdskungörelse). På förfrågan bör givetvis sådant besked lämnas snarast.

Huvudmannens beslut i ersättningsärende bör utan särskild föreskrift härom kunna fattas av sjukvårdsstyrelsen eller den styrelsen därtill utsett. Om överklagande, se 19 § andra stycket lagförslaget.

4 §

Den allmänna tandvårdsskyldighet som statueras i denna paragraf är, på sätt närmare utvecklats i kap. 14, av samma natur som skyldigheten enligt sjukvårdslagen att ombesörja sjukvård. Någon skyldighet att förmedla vård genom privatpraktiserande tandläkare avses inte föreligga här.

Det är särskilt vuxentandvården som omfattas av denna paragraf men det bör observeras att den avser även barn och ungdomar, som ännu inte legalt inordnats i den organiserade vården enligt 2 §. I den mån sådana barn och ungdomar de facto meddelats organiserad vård bör statsbidrag utgå och avgift enligt andra stycket ej få tas ut. Föreskrift härom har tagits in i 3 § i den föreslagna nya statsbidragskungörelsen.

Exempel på fall då annan drager försorg om vården är när vård ges av privatpraktiserande tandläkare eller inom ramen för militär tandvård.

Innehållet i den tandvård som avses i denna paragraf föreslås inte bli föremål för några särskilda preciserande eller, övergångsvis, begränsande föreskrifter. I fråga om begreppets innebörd, se förarbetena till lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket (prop. 1963: 127, s. 15—16). I odontologiskt avseende får i fråga om behandlingsformerna gälla vad vetenskap och beprövad erfarenhet vid varje tid bjuder. Vårdskyldigheten omfattar också specialtandvård och profylaktisk vård.

De avgiftsregler som Kungl. Maj:t fastställer är maximiregler, som huvudmannen kan underskrida.

5 §

Förtursbestämmelserna är till stor del desamma som gäller nu (11 § 2 och 3 mom. statsbidragskungörelsen).

Förtursrätten för akuttandvård vållar visserligen olägenheter för folktandvården men måste anses ofrånkomlig. Riktlinjer för bedömningen i praxis har lämnats i medicinalstyrelsens cirkulär den 13 december 1967 (MF nr 70) med vissa föreskrifter gällande folktandvården. Vad styrelsen där anfört kan utredningen för sin del ansluta sig till.

6—7 §

Dessa bestämmelser är hämtade från 2 § statsbidragskungörelsen.

8 §

Mönstret till första stycket finns i 10 § sjukvårdslagen.

9 §

Möjligheten för socialstyrelsen att ge dispens från regeln i första stycket om distriktsindelning är en nyhet (jfr 2 § 2 mom., andra stycket, första punkten statsbidragskungörelsen). Den är närmast avsedd för de små huvudmannaområdena. Det kan där bli lättare att utnyttja tillgängliga personalresurser på ett rationellt sätt, om distriktsindelning inte föreligger.

Motsvarighet till andra och tredje styckena finns i 2 § 2 mom. och 5 § 1 mom. statsbidragskungörelsen. Se i övrigt 4—6 §§ förslaget till folktandvårdskungörelse.

10 §

Utredningen har funnit övervägande skäl tala för att nuvarande regler om folktandvårdsplan behålls. Denna paragraf innehåller bestämmelser i ämnet, vilka i sak praktiskt taget helt överensstämmer med de nuvarande (3 § statsbidragskungörelsen). Planinstitutet bör i framtiden, när folktandvårdens rekryteringssituation medger detta, kunna utnyttjas av socialstyrelsen också som ett medel att främja en någorlunda jämn fördelning av tandläkartillgången i landet.

11 §

Den föreslagna regleringen av folktandvårdens ledning närmast under sjukvårdsstyrelsen eller motsvarande förvaltningsorgan har behandlats i kap. 12. F. n. finns vissa bestämmelser i ämnet i 4 § 1 mom. statsbidragskungörelsen.

Med folktandvårdens successiva utbyggande torde det bli allt vanligare att tandvårdschefen måste kunna avlastas en del arbetsuppgifter. Stöd härför finns i den föreslagna paragrafens tredje stycke. Biträdande tjänsteman som nu avses kan tänkas vara placerad centralt, alltså i tandvårdschefens kansli. Han kan också vara placerad ute i distrikt, närmast som distriktschef eller — med en annan benämning som ofta används — som cheftandläkare. Dessa alternativ har närmare berörts i kap. 12.

Överhuvudtaget innebär utredningens författningsförslag att huvudmännen även i fortsättningen får stor frihet att utforma sin tjänsteorganisation under chefstjänstemannaplanet.

Att Kungl. Maj:t avses kunna ge dispens från 11 § framgår av 14 §.

12 §

Första stycket motsvarar utan sakändring 4 § 2 mom. statsbidragskungörelsen och tredje stycket på samma sätt 5 § 2 mom. nämnda kungörelse.

Det är enligt utredningens mening uppenbart att en övertandläkare, som närmast under sjukvårdsstyrelsen (motsvarande) utövar ledningen av centraltandpoliklinik, skall ha rätt att närvara vid ett sådant sammanträde med styrelsen, där ärende angående centraltandpolikliniken är avsett att förekomma. Bestämmelse härom föreslås införd genom andra stycket.

13 §

Samrådsorganets uppgifter och sammansättning har närmare behandlats i kap. 12. Endast sådan ledamot måste kallas som berörs av det ärende det gäller. Är det fråga om något som är av allmänt intresse för folktandvården bör alla ledamöterna kallas. Obligatoriskt samråd gäller blott i fråga om ärenden som skall behandlas av sjukvårdsstyrelsen (motsvarande). Exempel på sådana ärenden är budgetfrågor. Att tandvårdschefen samråder med tandläkare inom folktandvården utöver vad denna paragraf kräver finner utredningen självfallet. Vid sammanträde med flera ledamöter av samrådsorganet är det naturligt att tandvårdschefen för ordet. Sådana ärenden, i vilka samråd är obligatoriskt enligt denna paragraf, bör handläggas av tandvårdschefen själv och inte av biträdande tjänsteman.

I samband med den successiva utbyggnad av specialtandvården som ägt rum har huvudmännen inrättat andra övertandläkartjänster än som omnämnes i statsbi-

dragskungörelsen och instruktionen. Utredningen har i andra stycket — i avbidan på den utredning av specialtandvården som skall göras — byggt på detta förhållande och förutsatt att det består åtminstone tills vidare.

14 §

Ett exempel på avvikelse från 11 §, som torde bli aktuellt inom den närmaste framtiden, är att huvudman med särskilt omfattande folktandvårdsorganisation önskar, förutom tandvårdschefen, anställa en förvaltningschef som motsvarar sjukvårdsdirektör inom sjukvårdssektorn. Förslag härom föreligger f.n. beträffande ledningen av folktandvården inom storlandstingskommunen i Stockholms län. Eventuellt kan en liknande organisation senare bli aktuell för någon eller några andra sjukvårdskommuner. Utredningen har för sin del inte ansett påkallat att föreslå en sådan organisationsform som ett alternativ enligt 11 § utan densamma får — liksom andra alternativ — vid behov prövas av Kungl. Maj:t enligt 14 §.

En sådan förvaltningschef, eventuellt benämnd tandvårdsdirektör, bör självfallet — snarare jämte än i stället för tandvårdschefen — ha närvarorätt vid sjukvårdsstyrelsens (motsvarande) sammanträden när folktandvården berörs därav. Föreskrift härom kan ges av Kungl. Maj:t med stöd av 14 § andra punkten.

16 §

Frågan om vem som skall utse personal inom folktandvården torde inte böra regleras i lagen annat än i fråga om tillsättning av tjänst som tandvårdschef och annan tandläkare. Vissa synpunkter i ämnet har framlagts under kap. 12.2. I övrigt bör denna organisationsfråga få regleras av huvudmannen. Att socialstyrelsen i vissa fall förordnar vikarie föreskrivs dock i den föreslagna folktandvårdskungörelsen (26 §).

Som tidigare antytts prövar Kungl. Maj:t f. n. förslag om att övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, inte längre skall utnämnas av Kungl. Maj:t utan utses av sjukvårdsstyrelsen. Utredningen vill här endast erinra om att det finns möjlighet att på annat sätt, genom författning eller avtal, ge dessa övertandläkare det anställningsskydd som anses befogat (jfr 2 § andra stycket c) kommunaltjänstemannalagen). För övrigt torde den ifrågasatta ändringen inte beröra redan utnämnda övertandläkare. Om Kungl. Maj:t godtar nämnda förslag bör givetvis första stycket utgå. Vidare får en sådan ändring konsekvenser för vissa stadganden i folktandvårdskungörelsen. Härtill återkommer utredningen i det följande.

Det må i detta sammanhang anmärkas att utredningens förslag till författningsreglering inte innehåller några regler om anställnings upphörande. Frågan om vem som för huvudmannens del skall ta ställning till en sådan fråga är ett organisationsspörsmål, som huvudmannen reglerar själv. Normalt torde den som fattar anställningsbeslutet också besluta i fråga om anställnings upphörande. Förfarandet i hithörande ärenden samt frågan om materiella förutsättningar för anställnings upphörande får i frånvaro av författningsbestämmelser regleras genom avtal (här bortses alltså från reglerna om ämbetsansvar och ämbetsstraff). — Vad nu sagts gäller också fråga om förflyttningsskyldighet.

17 §

Jfr 7—18 §§ förslaget till folktandvårdskungörelse. Bestämmelsen torde, utan att det uttryckligen sägs, få anses täcka också vikariat, för den händelse det skulle anses behövligt med statliga bestämmelser härom.

18 §

Mönstret till denna bestämmelse finns i 22 § sjukvårdslagen. En sådan avstängningsmöjlighet som föreskrivs där bör finnas också i fråga om tandläkare inom folktandvården. Denna möjlighet utgör ett komplement till de disciplinära befogenheter som tillagts socialstyrelsen genom kun-

görelsen (1964: 428 och 1965: 774) om medicinalpersonal under socialstyrelsens inseende (se särskilt 5 §).

Det må här anmärkas att, i den mån ett felaktigt förfarande från folktandvårdstandläkares sida inte är sådant att det bör tas upp av socialstyrelsen, fråga om disciplinärt ansvar härför får avgöras enligt de regler som eljest kan gälla härom. Sådana regler fastställs i avtal. Stadgan (1965: 602) om vissa tjänstemän hos kommuner m.fl. har inte gjorts tillämplig på folktandvården. Utredningen föreslår inte heller att så skall ske eller att frågan om disciplinansvar o.dyl. inom folktandvården eljest skall bli föremål för författningsreglering i vidare mån än som enligt det ovan sagda redan skett.

19 §

Första stycket motsvarar 13 § första stycket instruktionen. Någon erinran om de allmänna reglerna om kommunalbesvär torde inte behövas.

Rätten till förvaltningsbesvär enligt andra stycket har berörts i den allmänna motiveringen. Lagen om besvärstid vid talan mot förvaltande myndighets beslut avses gälla. Det innebär att tiden för överklagande är tre veckor från det klaganden fått del av beslutet.

15.2 *Förslaget till folktandvårdskungörelse*

2 §

Bestämmelsen har 1 § sjukvårdsstadgan som mönster.

3 §

Mönstret till bestämmelsen finns i 7 § sjukvårdsstadgan.

Första stycket 2) omfattar också förslag till indelning i tandvårdsdistrikt, där dispens på denna punkt inte erhållits, eftersom indelningen skall framgå av planen.

Första stycket 4) och andra stycket motsvarar 20 § statsbidragskungörelsen.

4—6 §§

Bestämmelserna är i huvudsak hämtade från 2 § 2 mom. statsbidragskungörelsen. I fråga om anstaltstandvårdens organisation åsyftas t.v. icke någon ändring av rådande förhållanden.

Till den föreslagna 6 § andra stycket, se vad som anförts ovan under 13 § lagen (i slutet). Jfr också 5 § 1 mom. första stycket statsbidragskungörelsen.

7—10 §§

De bestämmelser om behörighet till tandläkartjänst inom folktandvården som nu finns är intagna i 7 § 1 mom. statsbidragskungörelsen. De avser tjänst som tandvårdsinspektör (tandvårdschef) och som tandläkare i allmänhet inom folktandvården samt som övertandläkare vilken förestår centraltandpoliklinik. Några formella krav på särskild utbildning för annan övertandläkare inom specialtandvården finns inte, inte heller för annan tandläkare inom specialtandvården. Socialstyrelsen har för visst fall uttalat följande rekommendation (medicinalstyrelsens cirkulär den 13 december 1967, MF nr 70, punkt 3):

> För en del befattningar inom folktandvården uppställs i de av medicinalstyrelsen fastställda folktandvårdsplanerna krav på att innehavaren skall ha förvärvat särskild utbildning i tandreglering. Detta bör tolkas så, att den som utses till dylik befattning bör inneha bevis om specialistkompetens i tandreglering. Särskilt angeläget är detta givetvis beträffande chefsbefattningar.

Som tidigare påpekats omfattar det utredningsarbete, som folktandvårdsutredningen redovisar i detta betänkande, i princip inte specialtandvården. Utredningen har dock ansett skäl tala för att i anslutning till gällande praxis redan nu bör införas bestämmelser om behörighet till tjänst som annan övertandläkare än sådan som förestår centraltandpoliklinik (9 §). I denna del, liksom överhuvudtaget i fråga om behörighet till tjänst som tandläkare inom specialtandvården, är emellertid utredningens förslag provisoriskt.

De föreslagna behörighetsbestämmelserna innebär i korthet följande.

För tandvårdschef blir legitimation obligatorisk. Detsamma gäller sådan tandvårdschefen biträdande tandläkare som avses i 11 § tredje stycket lagen om folktandvård (7 §). Sådan begränsad behörighet som avses i 7 § statsbidragskungörelsen räcker sålunda ej.

Även för övertandläkare blir legitimation obligatorisk (8 och 9 §§).

I samband härmed må dock erinras om bestämmelsen i 3 § tredje stycket lagen (1963: 251) om behörighet att utöva tandläkaryrket, enligt vilken Kungl. Maj:t kan, om utomlands examinerad tandläkare äger framstående skicklighet och särskild erfarenhet inom tandläkaryrket, medge att legitimation som tandläkare meddelas honom utan att han genomgått eljest föreskriven svensk efterutbildning.

Den ytterligare utbildning som avses krävas av övertandläkare som förestår centraltandpoliklinik beskrivs t. v. på samma sätt som nu men med det tillägget, att socialstyrelsen skall precisera omfattningen av denna utbildning. Om möjligt bör här krävas ungefär detsamma som erfordras för specialistkompetens inom specialiteten ifråga. Den nuvarande bestämmelsen att sådan övertandläkare också bör ha erfarenhet av barntandvård är knappast någon egentlig behörighetsregel. Den har dock medtagits i förevarande provisoriska stadgande (8 §).

Omfattningen och arten av den särskilda utbildning inom den specialvårdgren tjänsten avser som bör krävas av annan övertandläkare än nyss sagts får t. v. bestämmas av socialstyrelsen för varje förekommande specialvårdgren (9 §). Även här bör anknytning i möjlig mån sökas till bestämmelserna om specialistkompetens. Som tidigare framhållits får man utgå från att det kommer att finnas minst en övertandläkartjänst inom varje specialvårdgren som är företrädd inom en huvudmans folktandvård. Vilka tjänster som har denna karaktär bör lämpligen framgå av folktandvårdsplanen. Några särskilda behörighetsregler för andra tandläkare inom folktandvårdens specialtandvård än övertandläkare bör enligt utredningens mening inte statueras på nuvarande provisoriska stadium. För dem kommer alltså enligt utredningens förevarande förslag att gälla de kompetensvillkor som föreslås för tandläkare i allmänhet inom folktandvården, således 10 §. Det är självfallet formellt intet som hindrar huvudman att för sin del tillämpa strängare krav än författningen innehåller.

Sistnämnda paragraf avses i princip inte innebära någon ändring i sak i förhållande till vad som gäller nu. Formuleringen (andra stycket) är dock anpassad till den numera gällande lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket. Begränsad behörighet att utöva tandläkaryrket torde vanligen ges av socialstyrelsen (se beslut av Kungl. Maj:t den 18 november 1966, intaget i MF nr 74).

Bestämmelserna i 7—10 §§ gäller behörighet till tjänster, som där avses, men icke i och för sig behörighet till vikariat på sådan tjänst (jfr 26 § folktandvårdskungörelsen).

11 §

Bestämmelsen motsvarar 7 § 2 mom. statsbidragskungörelsen. Utan särskilt stadgande bör socialstyrelsen vid behov kunna medge dispens i det särskilda fallet.

Någon behörighetsregel för tandhygienist torde inte behöva statueras vid sidan av den allmänna regel om behörighet att utöva sådan verksamhet, som finns i 2 § lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket. Deras verksamhet är numera reglerad genom en av socialstyrelsen utfärdad instruktion.

12—14 §§

Bestämmelserna statuerar s. a. s. kvalificerade tillsättningsförfaranden för tjänster som tandvårdschef och övertandläkare. Den föreslagna 12 § motsvarar utan sakändring, såvitt nu är ifråga, 2 § instruktionen och den föreslagna 13 § på samma sätt 3 § instruktionen. Ny är däremot 14 § som skall ses i samband med 9 §. Som framgår av or-

dalydelsen gäller reglerna bara tillsättning av tjänst, inte av vikariat.

De föreslagna bestämmelserna är emellertid i vissa avseenden provisoriska.

För det första har i dem alla upptagits den regeln att sökande, som uppförs på förslag, skall tas upp »i den ordning de anses böra komma i fråga till tjänsten». Detta inbördes rangordnande har föreslagits skola slopas på sjukvårdssidan (stencil S 1969: 1). Förslaget prövas f. n. av Kungl. Maj:t. Godtas det bör motsvarande ändring göras i de nu föreslagna stadgandena.

Vidare får naturligtvis 13 § omarbetas, om övertandläkare som förestår centraltandpoliklinik skall utses av sjukvårdsstyrelsen i stället för av Kungl. Maj:t. Även i detta fall bör direktionen för lasarettet få tillfälle att yttra sig, innan tillsättningsbeslutet fattas. Den frågan uppstår också hur i så fall förslagsförfarandet skall anordnas. Skall förslag upprättas av socialstyrelsen som nu är fallet eller av särskilda sakkunniga? Utredningen är inte beredd att nu ta ställning till den frågan. Reglerna om tillsättning av tjänst som tandläkare inom specialtandvården bör nämligen — liksom bestämmelserna om behörighet till sådan tjänst — icke ges sin definitiva utformning innan den avsedda utredningen av specialtandvården kommit till stånd.

Följaktligen är också den föreslagna 14 § av provisorisk natur. Den bör dock kunna ge erfarenhet som underlag för ett framtida slutligt ställningstagande. Det erforderliga antalet sakkunniga är svårt att förutsäga. Bland de tre som skall fungera i sådant tillsättningsärende, som nu avses, bör naturligtvis den specialitet, som tjänsten avser, vara företrädd. Utredningen har nöjt sig med en föreskrift att sakkunniga, som avses i 14 §, kan utses av socialstyrelsen till antal och för tid som styrelsen bestämmer. Socialstyrelsen kan då laga efter lägligheten. En stående samling sakkunniga — för övrigt med eller utan suppleanter — kan eventuellt utses för viss tid, bland vilka socialstyrelsen utväljer tre som skall fungera i ett visst tillsättningsärende. Men styrelsen kan också direkt utse sakkunniga för det särskilda fallet. Metoderna kan slutligen kombineras.

15—16 §§

Bestämmelserna motsvarar i huvudsak 4 § instruktionen. Den nuvarande regeln i nämnda paragraf andra stycket andra punkten om att tjänsten på nytt får kungöras till ansökan ledig, om särskilda skäl är därtill, har dock slopats efter mönster av motsvarande förslag för sjukvårdssidan i stencil S 1969: 1 (s. 63). Beträffande motiveringen härför anföres i stencilen följande.

»Sedan bestämmelsen meddelats har på den statliga sektorn tillkommit två författningar — statstjänstemannalagen den 3 juni 1965 (nr 274) och statstjänstemannastadgan den 3 december 1965 (nr 601) — vilka bör beaktas i förevarande sammanhang. I förarbetena till dessa har frågan om statsmyndighets rätt att ånyo ledigförklara statstjänster ingående prövats. Vid framläggande för riksdagen av förslaget till statstjänstemannalag anförde departementschefen i denna del följande (prop. nr 60/1965 sid. 150):

Då en tjänst som myndighet tillsätter kungjorts ledig bör av praktiska skäl och ordningsskäl i princip gälla att endast den som sökt tjänsten inom föreskriven tid må erhålla densamma. Vad nu sagts innebär dock icke att ledigförklaring medför rätt för någon sökande att få tjänsten. Det måste stå myndigheten fritt att icke tillsätta tjänsten med någon av de sökande. Härav följer enligt min mening, att myndigheten, sedan dess beslut att icke tillsätta tjänsten vunnit laga kraft, bör äga ledigförklara tjänsten på nytt.

Avslutningsvis anförde departementschefen, att uttrycklig bestämmelse om statsmyndighets rätt att ledigförklara tjänst på nytt icke torde erfordras. Sådan föreskrift har ej heller influtit i statstjänstemannaförfattningarna.

Då de kommunala sjukvårdshuvudmännen icke rimligtvis bör äga mindre handlingsfrihet i fråga om omannonsering än statsmyndigheterna, föreslås att kravet på »särskilda skäl» utgår samt att någon uttrycklig bestämmelse om rätt till förnyad annonsering icke intas i sjukvårdsstadgan. Härigenom vinnes både saklig och formell likformighet med den statliga ordningen på motsvarande område».

Härtill kan folktandvårdsutredningen ansluta sig.

Ett exempel på fall då det föreligger sär-

skilda skäl att tillämpa förordnande på bestämd tid är sådana utbildningstjänster vid större distriktstandpolikliniker, som utredningen rekommenderat i kap. 10 för nyexaminerade tandläkare. Sådana tjänster bör i regel utannonseras.

17 §

Första stycket avser även annan övertandläkare än föreståndare för centraltandpoliklinik. Stadgandet bör enligt utredningens mening gälla även om motsvarande föreskrifter slopas för sjukvårdssidan enligt förslag i nyssnämnda stencil. Förbudet mot vakantsättning avser här bara ett mindre antal tjänster. Det gäller vidare bara för tjänst, som behöver återbesättas. Detta torde dock nästan alltid vara fallet beträffande de tjänster som här avses.

Andra stycket (5 § andra stycket instruktionen) gäller — till skillnad från övriga bestämmelser i detta avsnitt — även vikariat.

18 §

Bestämmelsen är i sak identisk med 6 § instruktionen.

19—24 §§

Bestämmelserna i 19—23 §§ motsvarar 7—11 §§ instruktionen. Regeln i 24 § är ny.

Några särskilda åligganden för annan övertandläkare än sådan, som förestår centraltandpoliklinik, har utredningen inte ansett böra intagas i författning på detta provisoriska stadium. Är han poliklinikföreståndare gäller 21 § för honom. Eljest kan bara 23 § bli tillämplig. I övrigt bör f. n. tillämpad praxis i dessa avseenden följas.

25—27 §§

I 12 § instruktionen finns bestämmelser om vem som beviljar semester och annan ledighet för tandläkare och vem som förordnar vikarie för tandläkare.

Numera skall enligt kommunaltjänstemannalagen semesterns längd regleras genom avtal. Däremot bestäms dess förläggning ensidigt av arbetsgivaren. Det sist sagda gäller också rätt till annan ledighet än semester (tjänstledighet). Enligt utredningens mening finns det inte anledning att särskilt författningsreglera, vilket organ för huvudmannen som skall handlägga fråga om förläggning av semester och om tjänstledighet. Detta spörsmål bör huvudmannen få avgöra själv. Lösningen kan av praktiska skäl tänkas bli olika för olika fall, t. ex. beroende på längden av begärd tjänstledighet eller ärendets mer eller mindre brådskande natur.

Utredningen har dock i den föreslagna folktandvårdskungörelsen tagit in en bestämmelse, som i allt väsentligt motsvarar den nu gällande, att tjänstledighet som överstiger sex månader i följd för övertandläkare, som förestår centraltandpoliklinik, beviljas av socialstyrelsen (25 §). En sådan bestämmelse torde inte stå i motsättning till kommunaltjänstemannalagen. Emellertid anser utredningen att, om tillsättningsbefogenheten förs över från Kungl. Maj:t till sjukvårdsstyrelsen, bestämmelsen bör utgå.

Även när det gäller tillsättning av vikariat anser utredningen, som tidigare anförts, att det bör ankomma på huvudmannen själv att reglera vem hos honom som skall handlägga dessa ärenden. Också här kan olika fall böra hänföras till olika beslutsfattare. Utredningen har därför i förslaget till folktandvårdskungörelse endast reglerat de fall då socialstyrelsen nu förordnar vikarie (26 §).

Första stycket i sistnämnda paragraf åsyftar inte någon sakändring i förhållande till vad som f. n. gäller. Men även detta stadgande torde böra utgå, om ifrågavarande tjänst inte längre skall tillsättas av Kungl. Maj:t utan av sjukvårdsstyrelsen. I så fall synes man dock böra införa en regel av innebörd, att huvudmannen inte får tillsätta långtidsvikariat på sådan tjänst med annan än den som är behörig att inneha tjänsten. För det fall att behörig sökande inte är tillgänglig skulle socialstyrelsen alltjämt förordna vikarie (jfr andra stycket).

Andra stycket i 26 § motsvarar 12 § 4

mom instruktionen. Bestämmelsen är att se i samband med 9 § lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket.

I 27 § har intagits den regel som nu finns i 12 § 3 mom instruktionen. Direktionen för lasarettet bör få tillfälle att yttra sig även i det fall att de beslut som här avses i stället skall fattas av något huvudmannens organ.

Slutligen må anmärkas att den utredning av folktandvårdens specialtandvård, som avses ske, kan leda till andra ställningstaganden än som redovisats ovan, när det gäller vikarie m. m. för tandläkare inom specialtandvården.

28 §

Bestämmelsen som är ny har berörts under 3 § lagförslaget.

Övergångsbestämmelserna

Förslaget innefattar vissa ändringar i de nuvarande bestämmelserna om behörighet till tandläkartjänst. Dessa ändringar berör givetvis inte redan etablerade tjänsteförhållanden. Ej heller bör de beröra sådana tillsättningsärenden där ledigförklaring skett före den 1 juli 1971. För övriga tillsättningsärenden som avgörs efter de nya reglernas ikraftträdande bör övergången göras mjuk. Det bör kunna överlåtas åt socialstyrelsen att reglera i vad mån äldre behörighetsbestämmelser övergångsvis skall gälla i vidare mån än nyss sagts efter den 1 juli 1971.

De nya bestämmelserna om tillsättning av tjänst som annan övertandläkare än sådan som förestår centraltandpoliklinik (14 §) torde utan särskild föreskrift bli tillämpliga endast när ledigförklaring skett efter den 1 juli 1971.

15.3 *Övriga författningsförslag*

Förslaget till ny statsbidragskungörelse utgör en redaktionell omarbetning av nuvarande statsbidragskungörelse i anledning av att författningsbestämmelserna om folktandvårdens bedrivande förts över till förslagen till lag om folktandvård och till folktandvårdskungörelse. Den nya statsbidragskungörelsen innehåller alltså praktiskt taget uteslutande regler om beräkning och utbetalning av statsbidrag. I denna del åsyftas inte någon ändring i princip av de nuvarande bidragsgrunderna. Dock medför, som tidigare framhållits, den vidgade skyldigheten att ombesörja tandvård, att statsbidrag kommer att utgå för större antal patienter än tidigare. Statsbidrag bör utgå även för sådana patienter i åldersklasserna 0—5 och 17—19 år som ännu inte legalt inordnats under 2 § lagen om folktandvård men som under utbyggnadsskedet de facto inordnats i den organiserade tandvården. Av sådan patient bör då avgift för tandvården inte fås tas ut enligt 4 § nämnda lag.

Enligt vad för utredningen upplysts kan det bli aktuellt att låta Gotland i sin helhet bilda en särskild kommun. I sådant fall torde statsbidrag till kommunens folktandvård böra utgå enligt samma regler som gäller för landstingskommun.

Även förslaget till ny förordning om kommuns bidrag till kostnaderna för folktandvården är i huvudsak redaktionellt betingat (se 19 § nuvarande statsbidragskungörelse). Begränsningen i 2 § gällande förordning till svenska medborgare har därvid tagits bort såsom föråldrad. Utbyggnaden av den organiserade tandvården leder emellertid till att primärkommunernas utgifter enligt 1 § förordningen kommer att öka. Härvid bör i enlighet med rådande praxis bidrag utgå även om patientens tandvård icke hunnit avslutas under året — motsats till vad gäller beträffande statsbidraget.

Det förhållandet att den nya förordningen, om utredningens förslag godtas, träder i kraft vid annan tid än kalenderårsskifte medför självfallet inte att dubbla bidrag kan utkrävas för ikraftträdandeåret.

16 Sammanfattning av utredningens förslag

Utredningens uppdrag avser i huvudsak att förutsättningslöst behandla och framlägga förslag rörande folktandvårdens organisation och verksamhet med sikte på att få till stånd en lagfäst och så utbyggd tandvård i sjukvårdshuvudmännens regi, att densamma kan tjäna som grundval för en allmän tandvårdsförsäkring. I samband härmed har utredningen haft att pröva olika vägar att motverka att ersättningstaxan inom en sådan tandvårdsförsäkring leder till omotiverade arvodeshöjningar inom privattandvården. Härjämte har i tilläggsdirektiv uppdragits åt utredningen att närmare överväga följderna för folktandvården av att sjukvårdshuvudmännen övertar ansvaret för den militära fredstandvården och framlägga förslag i ämnet.

För att få ett aktuellt underlag för bedömning av *tandvårdsresurser* och *tandvårdsefterfrågan* fram t. o. m. år 1980 har utredningen genom en särskild arbetsgrupp i tillämpliga delar följt upp och kompletterat de undersökningar, som redovisas i 1961 års sjukförsäkringsutrednings betänkande (SOU 1965: 4). Arbetsgruppens undersökningar utvisar bl. a. att antalet tandläkare under 70 års ålder fram t. o. m. år 1975 kommer att öka med ca 200 per år (netto) för att sedan stiga med i runt tal 300 per år t. o. m. år 1980. Den för patientvård tillgängliga arbetstiden beräknas under tiden 1967—80 öka från ca 8,5 till ca 12,6 milj. timmar. Av den ökade årsarbetstiden har en arbetsinsats motsvarande i runt tal 100 tandläkare årligen beräknats komma folktandvården tillgodo fram t. o. m. år 1975 och därefter en arbetsinsats motsvarande ca 150 tandläkare. Det anses icke uteslutet att rekryteringen kan bli än gynnsammare beroende på hur den allmänna konjunkturen utvecklar sig, men å andra sidan kan bl. a. införande av en allmän tandvårdsförsäkring komma att verka i motsatt riktning. Samtidigt påpekas, att man måste räkna med att de vuxnas efterfrågan på tandvård kommer att påverkas i stigande riktning i takt med befolkningsökningen och den allmänna standardhöjningen samt att införande av en allmän tandvårdsförsäkring också kommer att verka i sådan riktning. För belysande av den sannolika utvecklingen i detta hänseende har arbetsgruppen upprättat tre hypoteser för efterfrågeutvecklingen, som redovisas i bil. 1, tabell 6. Självklart kan också andra alternativ än de sålunda redovisade komma ifråga. Med beaktande av bl. a. dessa undersökningsresultat (kap. 3) framlägger folktandvårdsutredningen i huvudsak följande förslag.

Utredningen förordar, förslagsvis med början fr. o. m. den 1 juli 1971, en successiv utbyggnad av den regelbundna, *organiserade tandvården,* som f. n. formellt omfattar barn i åldern 3—16 år, till att efter hand i princip omfatta alla invånare i åldern 0—19 år. Den framförallt under 1960-talet starkt utbyggda tandvården för

6—16-åringar, ej minst den profylaktiska delen därav, har gjort det möjligt och önskvärt att på ett ur socialodontologisk synpunkt rationellt sätt utnyttja tillgängliga och blivande resurser för ett utbyggande av tandvården för såväl småbarnen som ungdomen. Vården av småbarnen kräver i första hand ett utbyggande av tandhälsovården. Som en följd härav bör även egentlig tandvård kunna inom folktandvårdens ram erbjudas de småbarn, som visar sig i behov därav. För tillgodoseende av detta vårdbehov erfordras emellertid i många fall tandläkare med särskild utbildning, vars genomförande beräknas taga avsevärd tid i anspråk. Genom ett antal undersökningar framgår vidare att det stora flertalet ungdomar efter skoltandvårdens slut f. n. av olika skäl icke underkastar sig regelbunden tandvård med påföljd att det uppnådda vårdresultatet i stor utsträckning spolierats och därigenom senare ett avsevärt ökat tandvårdsbehov uppkommit. Utredningen anser det därför vara av stor vikt att även ungdomstandvården effektiviseras genom dess inordnande i den organiserade, kostnadsfria tandvården. Eftersom tillgången på tandläkare för båda nu nämnda ändamål icke kan beräknas bli någorlunda jämnt fördelad över hela riket vill utredningen icke ge förord åt någotdera av dessa vårdområden. I stället bör huvudmännen ges möjlighet att inom ramen för den statsunderstödda organiserade folktandvården alltefter tillgången på tandläkare successivt bygga ut båda vårdområdena. Ett genomförande av utredningens förslag beträffande den organiserade tandvårdens utbyggande kan med oförändrade statsbidragsbelopp beräknas öka statens kostnader med 700 000 kronor första budgetåret, vilken ökning sedan successivt stiger till ca 4 000 000 kronor. Motsvarande ökning för landstingen och primärkommunerna kan uppskattas till i runda tal 7,5 mkr första budgetåret och 36 mkr budgetåret 1975/76 (kap. 4).

Enligt utredningens beräkningar bör det vara möjligt att under första hälften av 1970-talet låta sjukvårdshuvudmännen successivt överta ansvaret för den *militära fredstandvården,* vilken i princip avses bilda en fortsättning för den manliga ungdomens del av den kostnadsfria, organiserade tandvården. Målsättningen för den militära fredstandvården bör vara att alla värnpliktiga — utan kategoriklyvning — liksom officers- och reservofficersaspiranter under den militära grundutbildningen kommer i åtnjutande av regelbunden tandvård. Till denna grupp bör liksom hittills även hänföras befattningshavare på löneplan E. Den här avsedda tandvården bör i princip omfatta fullständig sanering på samma sätt som inom den organiserade folktandvården. En begränsning av denna målsättning kan dock bli nödvändig under en övergångsperiod liksom i övrigt, då de lokala resurserna på grund av personalbrist eller andra omständigheter icke räcker till en fullständig behandling. Härvid synes det utredningen mest ändamålsenligt att nuvarande regler för prioritering av dem som bör komma i fråga till tandvård tills vidare tillämpas.

Mot bakgrunden av sin bedömning av folktandvårdens utvecklingstakt, inklusive det successiva inordnandet av 17—19-åringarna i den organiserade tandvården, föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmännen med början år 1973 årligen för den militära fredstandvården avsätter en tandvårdskapacitet av ca 100 000 tandläkartimmar. Detta överstiger något den årsarbetstid, motsvarande ungefär 90 000 timmar, som f. n. ankommer på de värnpliktiga tandläkarna att bestrida, en arbetstid som med hänsyn till minskad tillgång på värnpliktiga tandläkare beräknas nedgå avsevärt under den närmaste tiden. Under åren fram till och med 1975 torde man bli hänvisad till att antingen inom folktandvårdens ram anlita värnpliktiga tandläkare för bestridande av återstående tandvårdsbehov, beräknat till ca 50 000 timmar utöver försvarstandläkarnas arbetsinsats, eller också i motsvarande mån begränsa den militära fredstandvårdens omfattning. Med hänsyn till den kritik som ur såväl principiella som praktiska synpunkter riktats mot det förra alternativet förordar utredningen det senare.

För statens ersättning till huvudmännen

för driftkostnader erbjuder sig närmast två alternativ, nämligen antingen driftbidrag per tandvårdstimme som presterats för militärtandvården, eller ersättning enligt en av Kungl. Maj:t fastställd taxa, som i princip innebär full kostnadstäckning. På grundval av material som utredningen i denna fråga tagit del av förordar utredningen det förstnämnda alternativet. Vid ett godtagande av utredningens förslag rörande den militära fredstandvårdens inordnande i folktandvården kan statens merkostnader, frånsett engångsutgifterna för lokaler och utrustning, beräknas uppgå till i runt tal 6 850 000 kr. per år. Härvid har utredningen icke räknat med kostnaderna för tandläkarnas värnpliktsförmåner (kap. 5).

För att tillgodose den *vuxna befolkningens* behov av tandvård krävs en avsevärd utbyggnad av distriktstandvården redan för glesbygdens del. Vid sidan härav erfordras en utbyggnad av distriktstandvården för vuxna i minst sådan omfattning, att den kan fungera tillfredsställande även i övriga delar av riket, d. v. s. så att nuvarande onormalt långa väntetider för de vuxna försvinner och en mera regelbunden tandvård kan lämnas dem som så önskar. Vidare måste tandhälsovården för vuxenklientelet tillgodoses i en helt annan utsträckning än hittills varit möjligt. Mot bakgrunden härav räknar utredningen med att folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården i första hand behöver öka från nuvarande ca 17 % till 30—35 %. Behovet av en utbyggnad därutöver kan bedömas först sedan erfarenheter rörande de vuxnas efterfrågan på behandling inom folktandvården vunnits. Skall folktandvårdstaxan på sikt kunna bli vägledande för arvodessättningen inom vuxentandvården i dess helhet, såsom i direktiven framhållits som eftersträvansvärt, måste man dock räkna med en betydande ytterligare utbyggnad av folktandvården. Vägande skäl kan anföras för en sådan utbyggnad med hänsyn till de svårigheter som möter vid fastställande och tillämpning av en för alla tandläkare bindande taxa. En dylik utbyggnad torde också vara möjlig med hänsyn till den stigande tillgången på tandläkare efter 1975 men beräknas kräva en lång övergångstid. Vill man dessförinnan införa en allmän tandvårdsförsäkring, torde man icke kunna undvika en taxa, som är i princip bindande även för privattandläkarna, detta för att eliminera risken för omotiverade arvodeshöjningar. I samband med utformningen av en sådan taxa måste bl. a. beaktas att rekryteringen till folktandvården icke motverkas så att folktandvårdens grundläggande uppgifter beträffande barn- och ungdomstandvården äventyras. Man måste också räkna med särskilda svårigheter för glesbygderna, vars tandvårdsresurser icke kan beräknas få ett direkt tillskott genom införande av en allmän tandvårdsförsäkring. Folktandvårdens möjligheter att under 1970-talet fylla sina uppgifter kan således komma att i betydande grad påverkas av hur en allmän tandvårdsförsäkring utformas och när den kommer att träda i kraft.

I anslutning härtill redovisar utredningen en av dess experter gjord granskning av den nuvarande folktandvårdstaxan (bil. 6) och förordar med stöd härav, att taxan blir föremål för översyn i syfte att göra vuxentandvården i princip självbärande samt de i taxan ingående delbeloppen mera adekvata i förhållande till den utveckling som ägt rum på tandvårdsområdet (kap. 6).

I avsikt att förbättra och främja rekryteringen till folktandvårdens distriktstandvård har i annat sammanhang såsom en angelägenhet av primär betydelse förordats en vidgad *informationsverksamhet* bland studenter och lärare vid de odontologiska fakulteterna. Utredningen, som delar uppfattningen att en ökad informationsverksamhet om folktandvården är påkallad, föreslår som ett första led i en sådan informationsverksamhet att det vid de odontologiska fakulteterna tillhandahålls en av socialstyrelsen i samråd med landstingsförbundet utarbetad upplysningsskrift rörande folktandvårdens organisation och verksamhet. Som ett andra led i informationsverksamheten föreslår utredningen att särskilda studiedagar anordnas för studerande och lärare vid de

odontologiska fakulteterna. Dessa studiedagar skulle omfatta såväl katedral information som studiebesök med patientdemonstrationer och andra kontaktskapande åtgärder. Utredningen betonar också vikten av att lämplig introduktion ordnas i samband med nyanställning av tandläkare och annan tandvårdspersonal. Vidare bör de s. k. folktandvårdsdagarna kompletteras genom att tandläkarna bereds tillfälle till kollegial samvaro i tjänsten för inbördes information, samråd och åsiktsutbyte (kap. 7).

När det gäller *distriktstandvårdens administrativa utformning* föreslår utredningen att gällande bestämmelse, att 55 % av distriktstandläkarnas sammanlagda årsarbetstid inom distriktet skall ägnas åt organiserad barntandvård, utgår och att i stället som grundprincip förutsättes, att den organiserade tandvården skall tillgodoses i första hand. Utredningen förordar vidare en omprövning av nuvarande distriktsindelning i syfte att genom större enheter få till stånd ett jämnare utbyggande och tillgodoseende av den organiserade barn- och ungdomstandvården. I detta sammanhang bör jämväl nuvarande poliklinikorganisation tas upp till omprövning. Bl. a. bör övervägas att låta vissa perifert belägna och svårbesatta polikliniker med vikande befolkningsunderlag — i stället för att indragas — omändras till annexpolikliniker med anslutning till större polikliniker på vissa tätorter. Därigenom beräknas rekryteringen bli underlättad utan att landsbygdens tandvårdsservice nämnvärt försämras. En utökning av antalet distriktstandläkartjänster för enbart barntandvård med rätt till ferier, sammanfallande med skolans, framstår också som önskvärd ur rekryteringssynpunkt. Vidare föreslås inrättande av särskilda småbarnstandläkartjänster med avkortad daglig arbetstid. I övrigt begränsar sig utredningen — som finner behovet av deltidstjänster i huvudsak begränsat till barntandvården, militärtandvården och anstaltstandvården — till att uttala att huvudmännen i princip bör äga frihet att använda sig av de tjänstetyper och tjänstekombinationer som under skilda förhållanden synes bäst ägnade att tjäna folktandvårdens intressen. Härjämte föreslås att det nu gällande generella förbudet för folktandvårdens fast anställda tandläkare att utöva enskild praktik utgår ur lagstiftningen och att rätten till privatpraktik regleras genom avtal (kap. 8).

Utredningen finner ej påkallat att f. n. vidtaga särskilda åtgärder för rekrytering av utländska tandläkare (kap. 13).

För ett bättre tillgodoseende av *glesbygdsbefolkningens tandvårdsbehov* krävs enligt utredningen särskilda, rekryteringsbefrämjande åtgärder. I detta hänseende framhålls i första hand betydelsen av påtagligt förbättrade ersättningsvillkor för tandläkare vid tjänstgöring i glesbygdsdistrikt. Därjämte riktas bl. a. uppmärksamheten på möjligheten att i vissa fall medge avkortad årsarbetstid med bibehållen lön ävensom att bevilja resebidrag för att bereda tandläkarna tillfälle att hålla kontakt med kolleger inom andra delar av sjukvårdsområdet ävensom för studier i övrigt. Däremot anses förutsättningar f. n. icke föreligga att inrätta s. k. provinsialtandläkartjänster. Överläggningar bör upptagas mellan socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet om vilka distrikt som skall anses som glesbygdsdistrikt.

Enär lokala stipendier och lån numera införts av flertalet landsting och icke längre spelar samma roll ur rekryteringssynpunkt som ursprungligen varit fallet, förordas vidare att en avveckling av dessa förmåner övervägs. Även de statliga stipendierna till blivande distriktstandläkare bör enligt utredningens uppfattning kunna avvecklas, när den ökade examinationen av tandläkare ger utslag (kap. 9).

Möjligheterna till organiserad *efterutbildning* och *vidareutbildning* av tandläkare föreslås väsentligt utvidgade. En särskild vidareutbildning erfordras som nämnts för tandläkare som skall lämna tandvård åt förskolebarn, vilkas behandling erbjuder särskilda svårigheter, s. k. »småbarnstandläkare». Härjämte förordas en organiserad vidareutbildning i syfte att på befordringstjänster inom distriktstandläkarkarriären få befattningshavare som kan meddela mer

kvalificerad vård inom vissa ämnesområden än övriga tandläkare och samtidigt ge nyexaminerade och mindre erfarna kolleger önskvärd handledning. Efter lämplig övergångstid bör sådan vidareutbildning uppställas som kompetenskrav för innehav av förste distriktstandläkartjänst vid större poliklinikker och andra högre tjänster. I detta sammanhang betonar utredningen också angelägenheten av att frågan om den socialodontologiska undervisningens och forskningens omfattning, organisation och huvudmannaskap löses utan onödigt dröjsmål (kap. 10).

Med stöd bl. a. av en av Gävleborgs läns landsting genomförd rationaliseringsundersökning inom folktandvården framför utredningen synpunkter på arbetsfördelningen mellan tandläkaren och hans hjälpkrafter, avseende ett mera rationellt tillvaratagande av hjälpkrafterna. En ökning av utbildningskapaciteten för tandsköterskor och tandhygienister föreslås i detta sammanhang. Utredningen betonar dessutom behovet av efter- och vidareutbildning för hjälpkrafterna (kap. 11).

Utredningen, som jämlikt direktiven även haft att pröva i vad mån folktandvården kan anknytas närmare till organisationen för öppen och sluten sjukvård, har därvid funnit att en successivt vidgad samverkan mellan läkare och tandläkare på det kliniska planet bäst befrämjas genom en lämpligt utformad utbildning för tandläkarna och genom en ökad lokalmässig samordning mellan folktandvården och den öppna sjukvården. I organisatoriskt hänseende anses däremot folktandvården även i fortsättningen böra bibehållas som en sammanhållen enhet. Närmast under sjukvårdsstyrelsen bör *ledningen av folktandvården* i dess helhet i princip handhavas av tandvårdschefen. Någon ändring av det kliniska ansvaret för specialvården avses inte härmed; detta bör alltjämt åvila vederbörande specialister. Då särskilda skäl föreligger, bör huvudmannen ha författningsenlig möjlighet att undantaga centraltandpolikliniker-na från den gemensamma ledningen. Med Kungl. Maj:ts medgivande kan även andra alternativ för ledningen ifrågakomma. I normala fall bör enligt utredningens mening vid vederbörande förvaltningschefs sida ställas ett i författning reglerat samrådsorgan bestående av representanter för befintliga specialvårdgrenar inom sjukvårdsområdet (kap. 12).

Utredningen har slutligen framlagt förslag till *författningsmässig reglering* av folktandvården. Beträffande förslagen till lag om folktandvård och folktandvårdskungörelse har därvid bestämmelserna i gällande sjukvårdslag och sjukvårdsstadga i tillämpliga delar tjänat till vägledning. Förslaget till statsbidragskungörelse har därigenom väsentligen kunnat begränsas till föreskrifter om bidragens beräkning och utbetalande. I samband härmed föreslår utredningen, att gällande grunder för statens bidrag till folktandvården snarast möjligt upptages till omprövning. Förordningen om kommuns bidrag till folktandvården föreslås vidare anpassad till utredningens förslag. Regleringen av den militära fredstandvården förutsätts ske genom särskilda avtal mellan staten och huvudmännen vid sidan om utredningens författningsförslag (kap. 14 och 15).

De sålunda framlagda förslagen avser huvudsakligen *distriktstandvårdens* organisation och verksamhet. Av utredningens uppdrag återstår att närmare belysa behovet av och organisationen för tandvård åt personer, som för längre tid omhändertagits för sluten vård eller undervisning, ävensom att behandla vissa frågor rörande specialisttandvården. I sistnämnda del har dock uppdraget kommit i ett annat läge, sedan socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet hos Kungl. Maj:t hemställt om uppdrag att gemensamt utreda specialisttandvårdens erforderliga omfattning och organisation i dess helhet under samverkan med övriga nordiska länder.

Bilaga 1 Prognoser rörande tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan t. o. m. 1980

Utarbetade på uppdrag av 1967 års folktandvårdsutredning

1961 års sjukförsäkringsutredning redovisade i sitt betänkande om tandvårdsförsäkring (SOU 1965: 4, bil. 2) undersökningar och beräkningar över tandvårdssituationen i Sverige 1962—80. Utredningen antog att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring sannolikt skulle komma att öka efterfrågan på tandvård i viss omfattning. Storleken av denna ökning kunde enligt utredningens mening ej bestämt förutsägas, då den var beroende av en rad faktorer, såsom försäkringsförmånernas art och omfattning, den enskildes bedömning av tandvårdens angelägenhetsgrad i förhållande till kostnaden, psykologiska faktorer av skilda slag m. m. Även en stigande levnadsstandard antogs komma att påverka efterfrågan på tandvård. Skulle emellertid några förutsägelser eller antaganden beträffande den väntade efterfrågan på tandvård överhuvudtaget kunna göras, måste vissa för dessa förutsägelser eller antaganden grundläggande fakta rörande utgångsläget vara kända. Sjukförsäkringsutredningen ansåg det sålunda vara av värde att söka såvitt möjligt fastställa den ungefärliga arten och omfattningen av det i Sverige årligen utförda tandvårdsarbetet, hur stor del av befolkningen som erhöll resp. ej erhöll tandvård, ävensom att närmare klarlägga den tillgängliga tandläkararbetskraften och upprätta en prognos över denna arbetskrafts förändringar under den närmaste framtiden.

Folktandvårdsutredningen har från sina utgångspunkter också ansett det angeläget att erhålla en såvitt möjligt säker bedömning av tandvårdsresurser och tandvårdsefterfrågan under det närmaste decenniet. Utredningen har därför uppdragit åt en arbetsgrupp, innefattande såväl odontologiska som statistiska experter, att i tillämpliga delar följa upp och komplettera sjukförsäkringsutredningens undersökningar. De genomförda undersökningarna belyser följande frågor:

1. Tandläkarkårens totala arbetstid år 1967.
2. Medeltal patienter per tandläkare och klientelets fördelning på vårdtyper.
3. Tidsåtgång för olika vårdtyper.
4. Tandläkarkårens utveckling t. o. m. 1980.
5. Prognos över tillgänglig årsarbetstid för patientvårdande verksamhet och dennas fördelning.
6. Prognostiserad efterfrågan på tandvård t. o. m. 1980.

Arbetsgruppens undersökningsresultat redovisas här nedan.

1. *Tandläkarkårens totala arbetstid år 1967*

I samband med den s. k. årliga anmälan till socialstyrelsen redovisade tandläkarkåren den 1 november 1967 sin totala arbets-

insats under närmast föregående 12-månadersperiod. Den redovisade arbetstiden innefattade även tid för undervisning, forskning och administration. De från den årliga anmälan erhållna värdena har dels korrigerats mot folktandvårdens samlade arbetstidsstatistik för år 1967, dels jämförts med en tidigare inom socialstyrelsen upprättad prognos för åren 1967—80.

De lämnade uppgifterna visar att tandläkarnas totala årsarbetstid utgjorde 8,88 milj. timmar. Härav utgjorde ca 370 000 timmar tid för forskning, undervisning och central administration. Resterande tid, 8,51 milj. timmar, representerar för patientvårdande verksamhet (inkl. praktikadministration) disponibel tid. Om härtill läggs den tid som fullgörs av de odontologie kandidaterna, ca 50 000 timmar, erhålls 8,56 milj. timmar i patientvårdande verksamhet. Socialstyrelsens förenämnda prognos utvisar en total arbetstid av 8,86 milj. timmar för 1967. Vid en bedömning av de olika värdena måste beaktas, att en viss felmarginal icke kan undvikas vid dessa undersökningar. Med hänsyn härtill får resultaten anses stå i god överensstämmelse med varandra.

2. *Medeltal patienter per tandläkare och klientelets fördelning på vårdtyper*

Bland privatpraktiserande tandläkare, som utövat praktik under de senaste 4 åren, har slumpmässigt uttagits 500 st. fördelade på kön, ålder och praktikort i proportion till totalpopulationen. De uttagna tandläkarna ombads uppge antalet behandlade patienter över 16 år under perioden 1/10 1966—30/9 1967 och dessas fördelning på följande tre vårdtyper:

A. Revisionsfall: fall av fullständig tandbehandling med högst 24 månaders avstånd från föregående fullständiga behandling.

B. Sporadiska saneringsfall: fall av fullständig behandling där mer än 24 månader förflutit sedan föregående behandling.

C. Akuta fall: förutom patienter, som endast erhållit behandling för direkt akuta besvär, även patienter, som påbörjat fullständig behandling men avbrutit densamma.

Motsvarande förfrågan ställdes också till 200 slumpmässigt utvalda tandläkare i folktandvården. Av de tillfrågade privattandläkarna svarade 305 st. (61 %). Vid föregående undersökning svarade 57 % av de tillfrågade privattandläkarna. För folktandvårdens del svarade praktiskt taget samtliga tillfrågade tandläkare.

Undersökningens resultat redovisas i nedanstående tabell.

För privattandvårdens del framgår, att medeltalet revisionsfall per tandläkare ökat jämfört med den förra undersökningen, medan antalet saneringsfall hållit sig nästan konstant och antalet akuta fall minskat. För folktandvårdens del finns ej något jämförelsematerial. I jämförelse med privattandvården utvisar undersökningen, att en tandläkare inom folktandvården behandlar i medeltal fyra gånger så många akuta fall som en privatpraktiker och en-

Tabell 1. Medeltal patienter per tandläkare och klientelets fördelning på vårdtyper

	Vårdtyper			
	Revisionsfall A	Sporadiska saneringsfall B	Akuta fall C	Summa
Privattandvård 1967	542	104	55	701
Privattandvård 1962 (SOU 1965: 4)	466	107	71	644
Folktandvård 1967	82	98	231	411
Folktandvård 1962 (SOU 1965: 4)	—	—	—	

dast ca en sjättedel av det antal revisionsfall, som en privatpraktiker behandlar. Antalet saneringsfall håller sig på ungefär samma nivå inom såväl privattandvården som folktandvården. I detta avseende ger undersökningen en god belysning av arbetssituationen inom respektive verksamhetsområde. När det gäller sammanlagda antalet fall är att observera att folktandvårdens tandläkare kan ägna högst 45 % av sin arbetstid åt ungdom och vuxna.

Totala antalet patienter från 17 år och uppåt, som erhållit tandvård i någon form under undersökningsperioden, utgjorde enligt föreliggande undersökning för privattandvården jämte behandlingsstatistiken från folktandvården ca 3 milj. I denna siffra ingår ej patienter behandlade inom militärtandvården och vid tandläkarhögskolornas lärarkliniker.

3. *Tidsåtgång för olika vårdtyper*

Samma tandläkare, som lämnat uppgifter om antalet patienter per år, ombads även lämna uppgifter rörande behandlingstider. Svarsprocenten uppgick här till 52 % för de privata tandläkarna. Till skillnad från föregående undersökning, då tandläkaren gjorde en efterhandsvärdering av den beräknade behandlingstiden för ett antal tidigare behandlade patienter, har tandläkaren nu löpande noterat den verkliga behandlingstiden för ett antal fall. Samtidigt har ett väsentligt större antal patienter uttagits för bedömning. Undersökningens resultat framgår av denna tabell.

Tabell 2. Behandlingstider i minuter för olika vårdtyper

	Vårdtyper		
	Revisionsfall A	Sporadiska saneringsfall B	Akuta fall C
Privattandvård 1967	85	163	55
Privattandvård 1962 (SOU 1965: 4)	125	187	48
Folktandvård 1967	120	170	43
Folktandvård 1962 (SOU 1965: 4)	122	179	59

De erhållna värdena visar god överensstämmelse med de värden, som erhölls vid föregående undersökning, med undantag för värdena för revisionsfall inom privattandvården. En närmare kontroll visar, att de nu erhållna värdena för denna patienttyp icke kan vara representativa. Det har varit möjligt att i efterhand sammanställa uppgifterna beträffande medeltal patienter per år och tandläkare samt behandlingstiderna för olika vårdtyper med den i årliga anmälan uppgivna årliga arbetstiden för samma tandläkare. En sådan sammanställning visar, att den sammanlagda årliga arbetstiden baserad på uppgifterna angående tidsåtgång och medeltal patienter blir väsentligt lägre än den i årlig anmälan uppgivna årsarbetstiden. Om man däremot som jämförelse använder undersökningens uppgifter om tidsåtgång för revisionsfall inom folktandvården i en sammanställning av de nu deltagande privattandläkarnas totala årsarbetstid visar denna en mycket god överensstämmelse med samma tandläkares uppgifter om årsarbetstid enligt den årliga anmälan.

Flera faktorer kan ha bidragit till denna bristande överensstämmelse. En faktisk skillnad kan betingas av att frekvensen av revisionspatienter som söker tandvård mer än en gång per år ökat jämfört med motsvarande antal vid föregående undersökning, då de beräknades utgöra ca 10 % av revisionsklientelet. En mindre stickprovsundersökning antyder att så kan vara fallet. Samtidigt synes emellertid patienttypen vara överrepresenterad i materialet, vilket möjligen kan bero på att de undersökta patienterna uttagits under en mycket kort del av kalenderåret, medan den vid föregående undersökning tillämpade urvalsmetoden automatiskt gav en spridning över hela kalenderåret. Under år 1967 kunde tandläkarna vidare notera en påtaglig önskan från många patienter att tillfälligt skjuta mera omfattande och kostnadskrävande behandlingar på framtiden. Detta kan ha bidragit till att ett mindre antal mera tidskrävande revisioner utförts än under ett »normalt» år. Med hänsyn

till de överensstämmelser som på övriga punkter kan påvisas med föregående undersökning av tidsåtgången och med beaktande av att detta leder till samstämmiga värden för årsarbetstiden för de i undersökningen deltagande privatpraktiserande tandläkarna, beräknad på två olika sätt, har arbetsgruppen stannat vid att uppskatta behandlingstiden för revisionsfall inom privattandvården till samma tid som inom folktandvården eller 120 minuter. I konsekvens härmed har frekvensen revisionspatienter som besöker tandläkare för revision mer än en gång per år i de fortsatta kalkylerna antagits vara oförändrat ca 10 %. Härigenom reduceras i stor utsträckning det fel som sannolikt föreligger genom att tiden 120 minuter är för lång. Slutligen må framhållas att ett för högt värde kommer att visa en skenbart lägre tandvårdskapacitet än den verkliga.

4. *Tandläkarkårens utveckling t. o. m. 1980*

Nedan redovisade prognos utgår från tandläkarkårens storlek och dess fördelning efter kön och ålder per den 31/12 1967. Uppgifter härom har erhållits från socialstyrelsen. Till grund för beräkningen av antalet tandläkare för åren 1970—80 ligger en av socialstyrelsen år 1966 upprättad prognos, som har överarbetats med hänsyn till senare beslutade eller planerade utvidgningar av intagningen av tandläkarstuderande. Bl. a. har räknats med att intagningskapaciteten i Stockholm under en övergångstid kommer att öka med 100 platser fr. o. m. höstterminen 1971. Totala intagningskapaciteten stiger därmed till 480 per år för att sedan sjunka till 400.

I fråga om könsfördelningen av de nyexaminerade tandläkarna har hänsyn tagits till de nuvarande tandläkarstuderandenas könsfördelning.

Vid beräkningen av avgången från kåren genom dödsfall har använts senast tillgängliga uppgifter om dödlighet per ettårsgrupp (för manliga tandläkare dödligheten i Stockholms stad 1951—1960 och för kvinnliga dödligheten i hela riket 1956—1960).

Tandläkare i åldern 70 år och däröver har ej medräknats i denna prognos, då de endast i mycket begränsad omfattning kan beräknas komma att utföra tandvårdsarbete.

Prognosen utvisar följande.

Tabell 3. Prognos över antalet tandläkare i riket t. o. m. 1980 (tandl. över 69 års ålder ej medräknade)

År	Totalt	Män	Kvinnor
1967	6 252	4 485	1 767
1970	6 839	4 788	2 051
1971	7 047	4 889	2 158
1972	7 264	4 981	2 283
1973	7 465	5 063	2 402
1975	7 835	5 210	2 625
1980	9 296	5 863	3 433

Av tabellen framgår, att antalet tandläkare fram t. o. m. 1975 ökar med i genomsnitt 200 per år för att sedan stiga med i runt tal 300 per år t. o. m. 1980.

Den 1/10 1968 fanns inom folktandvården i Sverige 347 utländska tandläkare verksamma. Dessa har inräknats i de redovisade siffrorna och fördelats efter ålder och kön. Fortfarande finns en viss tillströmning av utländska tandläkare (ca 50 per år), men trots detta kan en tydlig nedgång i totala antalet utländska tandläkare konstateras, beroende på avflyttning från riket.

5. *Prognos över tillgänglig årsarbetstid för patientvårdande verksamhet och dennas fördelning*

För beräkning av de tandvårdsresurser, som kan antagas vara tillgängliga för patientvårdande verksamhet t. o. m. 1980, har utredningen utgått från en av socialstyrelsen upprättad prognos över tandläkarnas totala årsarbetstid i patientvård. Denna prognos har upprättats under beaktande av tandläkarkårens beräknade tillväxt, fördelning på kön och ålder samt genomsnittlig

Tabell 4. Barntandvård

År	Antal individer 3—5 år	Härav vårdsökande[1]	Behandlingstid för dessa à 2 tim.	Antal individer 6 år	Härav vårdsökande[2]	Behandlingstid för dessa à 1 tim.	Antal individer 7—16 år	Härav vårdsökande[3]	Behandlingstid för dessa[4]	Total tid 3—16 år
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1967	342 346	51 352	103 000	104 319	47 857	48 000	1 062 603	797 262	1 435 000	1 586 000
1970	368 753	73 750	148 000	122 668	85 867	86 000	1 062 299	956 069	1 530 000	1 764 000
1971	373 665	93 416	187 000	122 219	97 775	98 000	1 080 967	972 870	1 557 000	1 842 000
1972	380 521	114 156	228 000	122 381	97 904	98 000	1 096 852	987 167	1 579 000	1 905 000
1973	386 790	135 376	271 000	124 689	99 751	100 000	1 112 203	1 000 983	1 602 000	1 973 000
1975	395 749	178 087	356 000	129 230	103 384	104 000	1 153 186	1 037 867	1 557 000	2 017 000
1980	397 412	298 059	596 000	133 525	106 820	107 000	1 280 946	1 152 851	1 729 000	2 432 000

[1]

År	%
1967	15
1970	20
1971	25
1972	30
1973	35
1975	45
1980	75

[2]

År	%
1967 = verklig siffra	
1970	70
1971	80
1972	80
1973	80
1975	80
1980	80

[3] År 1967 = verklig siffra
1970 och följande = 90 %

[4]

År	
1967	= 1,8 t.
1970	= 1,6 t.
1971	= 1,6 t.
1972	= 1,6 t.
1973	= 1,6 t.
1975	= 1,5 t.
1980	= 1,5 t.

årlig arbetstid i patientvård i olika åldersgrupper. För år 1967 har använts de faktiska siffrorna. Den totala årsarbetstiden beräknas öka från 8 558 000 timmar år 1967 till 12 639 000 år 1980. Den årliga stegringen redovisas i tabell 5, kol. 1.

Samma tabell utvisar även den faktiska fördelningen av årsarbetstiden för år 1967. Av tabellen, kol. 2 och 5, framgår, att av folktandvårdens resurser ca 1,9 milj. timmar åtgick för barntandvård, tandreglering och vård å centraltandpoliklinik, medan årsarbetstiden för de vuxna inklusive ungdomen över 16 år, var begränsad till ca 940 000 timmar. För år 1969 kan sistnämnda tid beräknas stiga till omkring 1,1 milj. timmar och för år 1970 till omkring 1,2 milj. timmar.

När det gäller den framtida fördelningen av den beräknade årsarbetstiden torde i första hand de i direktiven uttalade önskemålen om bättre tillgodoseende av barn- och ungdomstandvården samt om inordnande av den militära fredstandvården i folktandvården böra beaktas. Vidare har i direktiven betonats angelägenheten av att tandvårdsmöjligheterna för vuxna i glesbygderna, för vilka folktandvården hittills i allt väsentligt svarat, säkerställs samt framhållits som eftersträvansvärt att folktandvården på något längre sikt kan svara för en större andel av vuxentandvården i dess helhet än f. n. Med hänsyn härtill har arbetsgruppen i följande kalkyler bl. a. utgått från att tillgodoseendet av barn- och ungdomstandvården jämte militärtandvården skall lämnas företräde men att detta i princip icke bör ske på sådant sätt att de vuxnas möjligheter att erhålla folktandvård i nuvarande omfattning beskäres.

Från nu angivna utgångspunkter har arbetsgruppen först sökt uppskatta den tid, som åtgår för en *utbyggnad av barntandvården* att i princip omfatta åldrarna 0—16 år (se tabell 4). Beräkningarna grundar sig på tillgängligt statistiskt material beträffande barnantal i olika åldrar fram till 1980 samt genomsnittlig årlig behandlingstid för barn i skolåldrarna ävensom antaganden rörande anslutning till tandvård, effekten av en tämligen allmänt genomförd kariesprofylax samt erforderlig årlig behandlingstid för barn i förskoleåldrarna. I de angivna tiderna innefattas all barntandvård i landet, som av praktiska skäl kan antas komma i fråga, oavsett om den ut-

Tabell 5. Prognos över tillgängliga tandvårdsresurser 1970—80

Förutsättning: Folktandvårdens kapacitet inom distriktstandvården beräknas öka med 150 000 timmar per år t. o. m. 1975 (motsvarande 100 tandl. netto) och därefter med 225 000 timmar per år (motsvarande 150 tandl. netto).

År	Tandläk:s totala årsarbetstid i patientvård	Härav för barn, tandreglering, ctp-vård och militärtandläkarvård	Tid för 17—19-åringar	Tandvård åt värnpliktiga	Övrig tandvård: Folktandvård	Övrig tandvård: Privat m. m.	Övrig tandvård: Totalt
	1	2	3	4	5	6	7
1967	8 558 000	1 934 000			942 000	5 682 000	6 624 000
1970	9 295 000	2 185 000			1 221 000	5 889 000	7 110 000
1971	9 555 000	2 282 000	105 000		1 190 000	5 978 000	7 168 000
1972	9 810 000	2 364 000	234 000		1 150 000	6 062 000	7 212 000
1973	10 177 000	2 451 000	280 000	100 000	1 088 000	6 258 000	7 346 000
1974	10 400 000	2 487 000	448 000	100 000	1 050 000	6 315 000	7 365 000
1975	10 619 000	2 513 000	492 000	100 000	1 136 000	6 378 000	7 514 000
1980	12 639 000	3 012 000	504 000	100 000	1 834 000	7 189 000	9 023 000

förs inom folktandvården, i primärkommunal regi eller vid anstalter av skilda slag. Den barntandvård, som därutöver kan förekomma i privat regi, har icke kunnat uppskattas och ingår därför icke i denna tabell. Den torde emellertid vara av ringa omfattning.

Enligt socialstyrelsens statistik utgjorde behandlingstiden för barn i skolåldrarna genomsnittligt 1,8 timmar år 1967, vilket innebär att den genomsnittliga behandlingstiden sjunkit i snabbare takt än man tidigare räknat med. Denna gynnsamma utveckling får bl. a. tillskrivas den bedrivna kariesprofylaxen. Liksom vid den förra undersökningen har behandlingstiden för förskolebarnen beräknats till i genomsnitt 2 timmar och för 6-åringarna till i genomsnitt 1 timme. Erforderlig tid för profylaktisk verksamhet och individuell rådgivning vid mödra- och barnavårdscentraler, som bl. a. avses innefatta huvuddelen av insatserna för 0—2-åringar, får anses vara beaktad därigenom att tidsåtgången för 3—5-åringar successivt beräknas sjunka under 2 timmar per barn och år i takt med att dessa barn erhåller förebyggande vård före 3 års ålder. Anslutningen av vårdsökande barn i åldrarna 3—5 år har beräknats öka snabbare än vad som tidigare antagits.

Det bör observeras att av den totala ökningen av erforderlig barntandvårdstid t. o. m. 1980 endast omkring 1/3 hänför sig till åldrarna 7—16 år. Den avgjort största delen av ökningen faller på åldersgrupperna 3—5 år (ca 490 000 timmar), medan tidsökningen för 6-åringarna stannar vid ca 60 000 timmar.

För att belysa den andel av de totala resurserna, som nu ifrågavarande reform jämte en mot bakgrunden av den ökade tandläkartillgången fortsatt utveckling av tandregleringsvården och tandvården vid centraltandpoliklinikerna — ävensom nuvarande militärtandläkarvård — tar i anspråk har i ovanstående tabell 5, kol. 2, sammanförts den beräknade tidsåtgången för barntandvården enligt tabell 4 med den tid för specialisttandvård vid centraltandpoliklinikerna, tandregleringsvård och och militär tandläkarvård som redovisas i SOU 1965: 4. Tidsåtgången för centraltandpoliklinikvården beräknas till ca 150 000 timmar per år. För tandregleringsvården beräknas tidsåtgången öka till 390 000 timmar år 1980. Tidsåtgången för övrig specialisttandvård har icke f. n. kunnat uppskattas, då utbyggnadstakten är beroende av många osäkra faktorer. Volymmässigt torde den kunna anses inräknad i de totalkalkyler för barntandvård

resp. vuxentandvård som här framläggs. Den arbetstid, som presteras av försvarstandläkarna, uppskattas till oförändrat ca 40 000 timmar per år. Den sammanlagda tidsåtgången kan för 1980 beräknas till ca 3 milj. timmar per år.

Som en arbetshypotes har arbetsgruppen vidare räknat med möjligheten att inordna *ungdomen i åldern 17—19 år* i den organiserade tandvården. Detta borde helst ske successivt på det sättet, att först 17-åringarna, därefter 18-åringarna och sist 19-åringarna erbjöds regelbunden tandvård under loppet av en treårsperiod, förslagsvis med början 1971. Den härför erforderliga tidsåtgången kan beräknas till ca 170 000 timmar för 1971, 340 000 timmar för 1972 och 510 000 timmar för 1973, varvid behandlingstiden uppskattats till i runt tal 2 timmar per individ. Detta innebär, att under åren 1971—72 praktiskt taget hela nettotillskottet av tandläkarkårens arbetsinsats i patientvård skulle tagas i anspråk för reformen, sedan erforderlig tid avsatts för barntandvårdens utbyggande. Då det icke rimligen kan antagas, att folktandvården kan hinna utbyggas i sådan omfattning, blir det nödvändigt att räkna med en längre övergångstid, sannolikt minst 5 år.

Genomförandet kan då eventuellt ske sålunda.

1971: 40 % 17-åringar = 42 000 × 2 tim. = 84 000 vårdtim.

1972: 80 % 17-åringar = 85 700
40 % 18-åringar = 42 000
127 700 × 2 tim. = 255 000 vårdtim.

1973: 80 % 17-åringar = 86 300
80 % 18-åringar = 85 900
172 200 × 2 tim. = 344 000 vårdtim.

1974: 80 % 17-åringar = 86 300
80 % 18-åringar = 85 900
50 % 19-åringar = 53 500
225 700 × 2 tim. = 451 000 vårdtim.

1975: 80 % 17-åringar = 84 400
80 % 18-åringar = 85 800
70 % 19-åringar = 76 000
246 200 × 2 tim. = 492 000 vårdtim.

Utvidgningen kan alternativt tänkas ske i följande takt.

1971: 50 % 17-åringar = 52 400 × 2 tim. = 105 000 vårdtim.

1972: 60 % 17-åringar = 64 300
50 % 18-åringar = 52 500
116 800 × 2 tim. = 234 000 vårdtim.

1973: 70 % 17-åringar = 75 500
60 % 18-åringar = 64 500
140 000 × 2 tim. = 280 000 vårdtim.

1974: 80 % 17-åringar = 84 800
70 % 18-åringar = 75 200
60 % 19-åringar = 64 200
224 200 × 2 tim. = 448 000 vårdtim.

1975: 80 % 17-åringar = 84 400
80 % 18-åringar = 85 800
70 % 19-åringar = 76 000
246 200 × 2 tim. = 492 000 vårdtim.

Båda alternativen utgår från att den högsta anslutningsprocenten i praktiken kommer att stanna vid 80 % av vederbörande ungdomskullar. Alternativen skiljer sig åt främst därigenom att det förra alternativet fr. o. m. 1972 erbjuder alla 17-åringar regelbunden vård fram t. o. m. 18 års ålder, varefter en begränsning sker — som dock för den manliga befolkningens del i viss mån utfylls av den militära tandvården — medan enligt det senare alternativet de 17-åringar, som fr. o. m. 1972 erbjuds regelbunden vård, kan erhålla sådan vård t. o. m. 19 års ålder. Det senare alternativet innebär därjämte, att den för ändamålet erforderliga årsarbetstiden år 1973 minskas med ca 64 000 timmar, vilket har sin betydelse för frågan om den militära fredstandvårdens inordnande. Enligt verkställda beräkningar synes båda alternativen kunna genomföras utan att de vuxnas möjligheter att erhålla folktandvård i nuvarande omfattning trädes för nära, särskilt om man beaktar att f. n. ett icke ringa antal arbetstimmar (ca 70 000 år 1968) ägnas åt ungdomen inom vuxentandvårdens ram.

Vad härefter angår möjligheten att inordna *den militära fredstandvården* i folktandvården, sammanhänger denna självfallet med frågan om och i vad mån värnpliktiga tandläkare skall, liksom hittills, anlitas för värnpliktigas tandvård, en ordning som dock mött allvarlig kritik ur såväl principiella som praktiska synpunkter. Tänker man sig att i stället för de värnpliktiga tandläkarna anlita folktandvårdens tandläkare, skulle detta enligt försvarets tandvårdsberednings beräkningar kräva ca 150 000 tandläkartimmar per år, varvid de värnpliktigas tandvård likväl skulle få vidkännas vissa begränsningar. Det angivna timantalet får därför betraktas som ett minimum, som torde komma att väsentligt överskridas, om den militära tandvården skall lämnas i samma omfattning som för annan ungdom, vilket synes rimligt. Enligt verkställda beräkningar kan en sådan ordning icke genomföras utan intrång på de vuxnas andel av folktandvården med mindre än att ett övertagande uppskjuts till dess den manliga ungdomen erhållit full sanering av sina tänder före värnpliktsåldern. Som ett alternativ kan ett tidigare inordnande tänkas ske på så sätt, att folktandvården övertar tandvården i dess befintliga, mera begränsade skick, motsvarande högst 100 000 tandläkartimmar utöver militärtandläkarnas arbetsinsats, och efterhand som ett allt större antal manliga ungdomar fått sitt bett sanerat före värnpliktsåldern utvidgar den meddelade tandvården inom den angivna tidsramen. I tabell 5 har räknats med det senare alternativet (kol. 4).

Sedan den totala årsarbetstiden i kol. 1 minskats med det i kol. 2—4 reserverade timantalet återstår för övrig tandvård det antal timmar som redovisas i kol. 7. Detta timantal har i kol. 5 och 6 fördelats mellan folktandvård och privattandvård. För beräkningen av folktandvårdens andel av ökningen av de totala tandvårdsresurserna har arbetsgruppen som underlag använt de årsrapporter, som sjukvårdshuvudmännen varje år inger till socialstyrelsen. Av dessa framgår att kapacitetsökningen inom folktandvårdens distriktstandvård utgjort 4

resp. 4,8 % åren 1966—67 resp. 1967—68. Ökningen svarar mot ett nettotillskott av 64 resp. 80 tandläkare per år. En jämförelse med tidigare år saknar relevans beroende på förändringar i arbetstidens längd. Då folktandvårdens rekryteringssituation under 1968 och 1969 enligt socialstyrelsens statistik ytterligare förbättrats har arbetsgruppen funnit det motiverat att räkna med att folktandvårdens kapacitet under tiden fram t. o. m. 1975 skall komma att öka i en takt som svarar mot ca 100 nya tandläkare per år och därefter i en takt, som motsvarar 150 tandläkare per år. Med dessa utgångspunkter synes folktandvården utan mera avsevärt intrång på den vuxna befolkningens nuvarande andel kunna successivt övertaga såväl den utvidgade barn- och ungdomstandvården som den militära fredstandvården.

6. *Prognostiserad efterfrågan på tandvård 1967—1980*

1961 års sjukförsäkringsutredning redovisade i sitt betänkande (SOU 1965: 4) även en bedömning av karaktären och omfattningen av vårdefterfrågan hos befolkningen år 1962 samt ett antal hypoteser beträffande utvecklingen av denna efterfrågan. Härvid antogs att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring i varierande omfattning skulle påverka efterfrågeutvecklingen.

På folktandvårdsutredningens uppdrag har arbetsgruppen upprättat tre nya hypoteser för efterfrågeutvecklingen. Hypotes I ger därvid uttryck för en sådan vårdefterfrågan hos befolkningen, som kan beräknas följa med befolknings- och standardökningen utan att några efterfrågestimulerande åtgärder sätts in. Hypotes II bygger på förutsättningen att en allmän tandvårdsförsäkring införs fr. o. m. den 1/1 1972 under det att hypotes III förutsätter en sådan försäkrings införande fr. o. m. den 1/1 1975. För de båda sistnämnda hypoteserna redovisas vardera ett minimialternativ och ett maximialternativ, varvid minimialternativen (hyp. II A och III A) uttrycker en förmodan att vårdefterfrågan under den första tiden efter försäkringens ikraftträdande endast i mindre omfattning kommer att skilja sig från vårdefterfrågan enligt hypotes I. Sedan en tandvårdsförsäkring varit igång några år beräknas emellertid efterfrågeökningen ske snabbare än vad som annars hade varit fallet. I de båda maximialternativen (hyp. II B och III B) antas att införandet av en allmän tandvårdsförsäkring redan från början kommer att medföra en markant efterfrågeökning. Arbetsgruppen betonar i detta sammanhang att en bedömning av hur vårdefterfrågan vid införandet av en allmän tandvårdsförsäkring kan komma att gestalta sig är mycket svår att göra i nuvarande läge. Sålunda kan efterfrågan i inledningsskedet av en sådan försäkring kortsiktigt höjas exempelvis på grund av en återhållen efterfrågan under tiden närmast före försäkringens genomförande. Likaså kan en avkortning av det genomsnittliga besöksintervallet — särskilt för saneringsfallen — medföra liknande effekt. Storleken härav låter sig icke beräkna så länge man icke känner försäkringens innehåll och utformning. Vid prognoser av nu ifrågavarande slag kan dylika, mer eller mindre kortvariga effekter icke få något adekvat uttryck. Arbetsgruppen har emellertid räknat med möjligheten att efterfrågan på sikt faller inom ramen för dessa två alternativ.

Den tidigare redovisade undersökningen visar, att efterfrågeutvecklingen varit något snabbare mellan 1962 och 1967 än vad som förutsågs 1963. Här redovisade hypoteser har baserats på de nu funna värdena för fördelning mellan revisionsfall, saneringsfall och äkta akutfall samt på den procentandel vårdsökande per år, som kan framräknas ur det aktuella materialet. Hypoteserna omfattar befolkningen i åldrarna 17—75 år. Personer över 75 års ålder har ej medräknats, då de i stor utsträckning utgörs av personer som saknar egna tänder och i allmänhet bär protes. I den mån som vårdefterfrågan inom denna be-

folkningsgrupp ändå kan förekomma antages denna efterfrågan kunna tillgodoses genom att en del tandvårdsarbete kommer att presteras, som ej medtagits i föreliggande beräkningar, nämligen dels arbete som utförs av en del tandläkare över 69 års ålder, dels arbete som utförs vid tandläkarhögskolornas s. k. kandidatkliniker. Vidare har 17—19-åringar frånräknats under åren 1971—1980 i den takt som de föreslås inordnade i den organiserade tandvården (här enl. alt. II).

På grundval av de uppgifter som framkommit i den ovan nämnda undersökningen anser arbetsgruppen, att det av sjukförsäkringsutredningen gjorda antagandet att 80 % av gruppen revisionsfall fr. o. m. 1970 kommer att söka och erhålla tandvård under ett år alltjämt äger relevans. Detsamma gäller antagandet att samtliga personer i gruppen saneringsfall genomsnittligt beräknas söka och erhålla systematisk tandvård en gång på 4,5 år. Denna beräkning påverkas i väsentlig grad av att icke mindre än ca 1 000 000 invånare i Sverige är helprotesbärare, som mycket sällan söker tandläkare.

Hypoteserna visar först befolkningens attityd till de olika vårdtyperna revisionsfall, saneringsfall och äkta akutfall, uttryckt i procent av den befolkning, som hypoteserna omfattar. Med dessa procenttal som utgångspunkt har sedan framräknats antalet fall för de olika vårdtyperna. För att få fram antalet vårdsökande per år har därefter tagits 80 % av de framräknade revisionsfallen, 22 % av saneringsfallen och 33 % av de äkta akutfallen. Vidare antas 11 % av de revisions- och saneringsfall, som ej besöker tandläkare under ett givet år, utgöra s. k. övriga akutfall och har därför medräknats där. Sålunda erhålls det antal personer som överhuvudtaget beräknas söka tandläkarvård under ett givet år. Detta antal personer uttrycks i procent vårdsökande per år av den aktuella befolkningsgruppen. Det erforderliga antalet vårdtimmar per år erhålls genom att det förenämnda antalet vårdsökande under ett givet år, som procenten ger uttryck för, multipliceras med den behandlingstid för varje vårdtyp som framräknats på grundval av den undersökning som redovisas i tabell 2. Slutligen har till det sålunda framräknade antalet behandlingstimmar per år lagts en spilltid av 140 000 timmar, orsakad av patienters uteblivande från behandling eller andra oförutsedda händelser.

Beträffande gruppen revisionsfall må framhållas, att erfarenheten visar, att en del personer inom denna grupp söker tandvård två eller flera gånger per år. I föreliggande prognos har antagits, att 10 % av den befolkningsgrupp, som under ett år erhåller revisionsbehandling, söker och erhåller två revisionsbehandlingar under året.

De procenttal, som uttrycker befolkningens attityd till de olika vårdtyperna, visar att förändringen av fördelningen på de olika vårdtyperna sker i riktning mot mera regelbunden vård och oftare återkommande tandläkarbesök. Personer i gruppen äkta akutfall övergår sålunda till att söka mera fullständig vård och kommer därigenom in i gruppen saneringsfall; därefter kan de komma att övergå till regelbunden tandvård och följaktligen räknas till gruppen revisionsfall.

Hypotesernas utfall redovisas i tabell 6. Jämför man dessa med tabell 5, kol. 7, finner man, att en efterfrågan enligt hypotes I väl täcks av den *totala* årsarbetstid, som beräknas vara tillgänglig för de vuxnas tandvård under 1970-talet, sedan tid avsatts för organiserad tandvård åt barn, ungdom och värnpliktiga. Detsamma gäller efterfrågan enligt minimialternativet av hypotes II, om en allmän tandvårdsförsäkring införs den 1 januari 1972, men däremot icke enligt maximialternativet av samma hypotes. Uppskjuts försäkringen till år 1975 såsom förutsätts enligt hypotes III, täcks de vuxnas efterfrågan av såväl minimi- som maximialternativet.

Tabell 6. Prognostiserad efterfrågan på tandvård 1967—1980

	1967	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1980
Hypotes I.								
Av befolkningen:								
% revisionsfall	47	49	50	51	51	52	52	55
% saneringsfall	39	37	36	35	35	35	35	32
% äkta akutfall	14	14	14	14	14	13	13	13
antal: rev.fall	2 676 100	2 832 200	2 873 900	2 909 300	2 908 100	2 930 500	2 927 300	3 125 300
antal: san.fall	2 220 600	2 138 600	2 069 200	1 996 600	1 995 700	1 972 500	1 970 300	1 818 400
antal: äkta akuta	797 200	809 200	804 700	798 600	798 300	732 600	731 800	738 700
% vårdsökande per år	53	56	57	57	57	58	58	59
Timmar per år	6 421 500	6 947 900	6 977 000	6 992 300	6 989 400	6 998 100	6 990 600	7 254 400

Anm.: Följande antal personer (17-, 18- och 19-åringar) är borträknade av befolkningen: 1971: 52 400, 1972: 116 800, 1973: 140 000, 1974: 224 200, 1975: 246 200, 1980: 251 800. En spilltid av 140 000 timmar är tillagd i »Timmar per år».

	1967—1971	1972	1973	1974	1975	1980
Hypotes II A						
Av befolkningen:						
% revisionsfall		52	53	54	56	62
% saneringsfall		36	35	34	33	28
% äkta akutfall	= hyp. I	12	12	12	11	10
antal: rev.fall		2 966 300	3 022 100	3 043 200	3 152 500	3 523 100
antal: san.fall		2 053 600	1 995 700	1 916 100	1 857 700	1 591 100
antal: äkta akuta		684 500	684 300	676 300	619 200	568 200
% vårdsökande per år		58	58	59	60	63
Timmar per år		7 104 900	7 168 700	7 152 600	7 299 200	7 788 169

Anm.: Hypotes II A förutsätter att en allmän tandvårdsförsäkring införs fr. o. m. den 1 januari 1972, samt att efterfrågan på tandvård endast i mindre omfattning ökar under det första året efter försäkringens ikraftträdande.

	1967—1971	1972	1973	1974	1975	1980
Hypotes II B						
Av befolkningen:						
% revisionsfall		55	57	59	61	66
% saneringsfall		34	32	30	29	26
% äkta akutfall	= hyp. I	11	11	11	10	8
antal: rev. fall		3 137 500	3 250 200	3 325 000	3 434 000	3 750 400
antal: san. fall		1 939 500	1 824 700	1 690 700	1 632 500	1 477 400
antal: äkta akuta		627 500	627 200	619 900	562 900	454 600
% vårdsökande per år		59	60	61	62	65
Timmar per år		7 328 000	7 458 400	7 504 800	7 651 100	8 099 700

Anm.: Hypotes II B förutsätter att en allmän tandvårdsförsäkring införs fr. o. m. den 1 januari 1972 samt att efterfrågan på tandvård redan i begynnelseskedet markant ökas.

	Hypotes III A			Hypotes III B		
	1967—1974	1975	1980	1967—1974	1975	1980
Av befolkningen:						
% revisionsfall		52	58		56	63
% saneringsfall		36	31		33	28
% äkta akutfall	= hyp. I	12	11	= hyp. I	11	9
antal: rev. fall		2 927 300	3 295 800		3 152 500	3 579 900
antal: san. fall		2 026 600	1 761 500		1 857 700	1 591 100
antal: äkta akuta		675 500	625 100		619 200	511 400
% vårdsökande per år		58	61		60	63
Timmar per år		7 013 300	7 499 500		7 299 200	7 877 500

Anm.: Hypotes III A och B förutsätter att en allmän tandvårdsförsäkring införs fr. o. m. den 1 januari 1975.

I hypotes III A antas därvid efterfrågan på tandvård under försäkringens första år icke nämnvärt komma att öka, medan hypotes III B bygger på en redan från början markant ökad efterfrågan.

Bilaga 2 Sammandrag av uppgifter angående folktandvården på de militära förläggningsorterna

Militär förläggningsort	Förband	Försvarstandläkare	Hänvisad värnpliktsstyrka	Årligt behov av tandläkartimmar efter 4 t/värnpl.	Antal distriktstandpoliklinikier	Inrättade tjänster den 1 jan. 1968	Vakanta tjänster den 1 okt. 1967	Behandlade barn i % av antalet behandlingsbarn	Antal behandlade i åldern 17—19 år inom distriktet år 1967	Anmärkningar
2	3	6	7	8	11	13	16	30	33	37
Stockholm	K 1	—	455	1 820	10	76	2	67	1 539	
	Ing 1	1	[1]934	3 736						[1] Ing KAS 60
	MKO	—								
Solna	KS	1						53	88	
Solna	I 1	1	[2]1 165	4 660	2	18	4			[2] Skyddsskola 65
Norrtälje	Lv 3	1	710	2 840	1	5	3	32	3	
Sundbyberg	Tyg S	1			2	9	1	79	360	
Berga	BÖS	—								
Hårsfjärden	ÖH	1			3	10	3	45	39	
Vaxholm	KA 1	1			1	2	—	58	3	
Näsbypark	KSS	—								
Hägernäs	F 2	—	160	640	2	8	1	30	19	
Barkarby	F 8	—	350	1 400	1	8	2	47	65	
Tullinge	F 18	—	340	1 360	1	4	1	30	—	
Enköping	P 1	1	[3]815	3 260	2	6	1	93	556	[3] PKAS 120
Kungsängen	I 1	—			—	—	—			
Uppsala	S 1	1	[4]705	2 820						[4] Sign KAS
Uppsala	AUS	—			6	31	2	93	1 595	30
Uppsala	F 16/20	1	340	1 360						
Nyköping	F 11	—	340	1 360	1	13	5	88	305	
Strängnäs	P 10	1	825	3 300	1	4	2	96	140	
Linköping	I 4	—	1 195	4 780						
Linköping	T 1	1	[5]780	3 120	3	14	1		171	[5] Träng KAS 50
Linköping	A 1	—	625	2 500						
Linköping	F 3	—	240	960						
Norrköping	F 13	—	470	1 880	3	12	1		35	
Borensberg	Inf SS	—			1	2	1		51	
Jönköping	A 6	1	[6]650	2 600	2	15	10		179	[6] Art KAS 70
Eksjö	I 12	1	1 100	4 400	1	4	3	45	105	
Eksjö	Ing 2		710	2 840						
Skillingaryd	A 6				1	1	—	63	39	
Växjö	I 11	1	1 120	4 480	1	8	1	85	29	
Kalmar	F 12	—	390	1 560	2	7	1		897	
Visby	P 18	(1)	1 050	4 200	1	8	1	36	39	
Visby	A 7	—	360	1 440						

Militär förläggningsort	Förband	Försvarstandläkare	Hänvisad värnpliktsstyrka	Årligt behov av tandläkartimmar efter 4 t/värnpl.	Antal distriktstandpoliklinikер	Inrättade tjänster den 1 jan. 1968	Vakanta tjänster den 1 okt. 1967	Behandlade barn i % av antalet behandlingsbarn	Antal behandlade i åldern 17—19 år inom distriktet år 1967	Anmärkningar
2	3	6	7	8	11	13	16	30	33	37
Visby	Lv 2	—	220	880						
Fårösund	KA 3	—			1	—	1	55	1	
Karlskrona	KA 2	1			1	10	1	72	57	
Karlskrona	MKS	1								
Kallinge	F 17	—	360	1 440	1	2	1/2	75	15	
Kristianstad	P 6	1	650	2 600	2	10	1	57	58	
Kristianstad	A 3	—	650	2 600						
Hässleholm	P 2	—	640	2 560	1	6	1	43	58	
Hässleholm	T 4	1	645	2 580						
Ängelholm	F 10	—	580	2 320	1	5	—	64	20	
Ljungbyhed	F 5	1	440	1 760	1	1	—	78	87	
Ystad	P 7	—	775	3 100	1	7	—		117	
Revinge					1	1	—		23	
Malmö	Lv 4	—	650	2 600	4	19	—	94	15	
Halmstad	I 16	1	1 190	4 760	1	6	—	75	389	
Halmstad	F 14	—	185	740						
Göteborg	Lv 6	1	620	2 480	12	57	21	67	1 447	
Göteborg	KA 4	1	—							
Göteborg	MKV	—	—							
Uddevalla	I 17	1	1 100	4 400	1	12	7	59	86	
Borås	I 15	1	1 185	4 740	4	21	5	73	78	
Skövde	K 3	—	470	1 880	1	9	—	97	160	
Skövde	P 4	—	1 000	4 000						
Skövde	T 2	1	685	2 740						
Karlsborg	S 2	1	[7]690	2 760	1	3	1	45	174	[7] FJS 120
Karlsborg	F 6	—	250	1 000						
Såtenäs[8]	F 7	—	310	1 240	1	2	—	26	35	[8] Grästorp
Karlstad	I 2	1	940	3 760	3	9	5	37	183	
Kristinehamn	A 9	1	745	2 980	1	8	2	62	218	
Örebro	I 3	1	1 050	4 200	3	18	2	100	297	
Västerås	F 1	—	270	1 080	7	23	5	73	71	
Falun	I 13	1	1 100	4 400	2	6	—	78	128	
Gävle	I 14	1	1 005	4 020	5	17	3	75	799	
Söderala	F 15	—	260	1 040	3	6	—	77	264	
Härnösand	KA 5	—			1	8	1	100	127	
Sundsvall	Lv 5	—	435	1 740	1	8 1/2	—	100	20	
Sollefteå	I 21	1	1 175	4 700	1	5	1/2	100	100	
Sollefteå	T 3	1	750	3 000						
Sollefteå	HS		50	200						
Östersund	I 5	1	1 065	4 260	2	8	2	87	216	
Östersund	A 4	—	615	2 460						
Frösön	F 4	—	340	1 360	1	3	—			
Umeå	I 20	1	1 140	4 560			—	56		
Umeå	K 4	—	[9]565	2 260						[9] Kav KAS 190
Boden	I 19	1	1 245	4 980	1	9	—		183	
Boden	P 5	—	245	980						
Boden	A 8	—	510	2 040						
Boden	Ing 3	—	575	2 300						
Boden	S 3	—	300	1 200						
Luleå	F 21	—	630	2 520	5	13	—		897	
Luleå	Lv 7	1	345	1 380						
Kiruna	JS	—	335	1 340	3	9	2		126	

Bilaga 3 Sammanställning av genomsnittskostnader för den taxebelagda vården inom distriktstandvården räkenskapsåret 1967, uträknade per tjänstgöringstimme för tandläkare

Huvudman	Kostnad per tandläkartimme i behandlingsrummet	Kostnad per tandläkartimme för tandtekn. arbeten	Totalkostnad per tandläkartimme	Inkomst per tandläkartimme	Erforderl. höjn. i % för kostnadstäckning
Stockholms läns ldt	78,84	18,22	97,06	39,28	147
Uppsala läns ldt	78,11	22,24	100,35	45,48	126
Södermanlands läns ldt	76,38	23,82	100,20	45,45	124
Jönköpings läns ldt	81,14	31,03	112,17	55,38	103
Kronobergs läns ldt	78,81	33,60	112,41	45,56	145
Kalmar läns n:a ldt	81,19	27,91	109,10	53,76	103
Kalmar läns s:a ldt	93,30	31,94	125,24	51,37	144
Gotlands läns ldt	81,94	19,81	101,75	39,98	155
Blekinge läns ldt	63,09	16,69	79,78	37,73	111
Malmöhus läns ldt	71,16	18,91	90,07	42,04	114
Hallands läns ldt	75,44	16,75	92,19	44,77	106
Gbg o Bohus läns ldt	88,24	40,54	128,78	59,56	116
Älvsborgs läns ldt	71,91	17,03	88,94	51,69	72
Skaraborgs läns ldt	81,02	24,85	105,87	44,45	138
Värmlands läns ldt	79,61	25,03	104,64	51,70	102
Örebro läns ldt	87,31	31,41	118,72	47,66	149
Västmanlands läns ldt	82,04	32,44	114,48	49,00	134
Kopparbergs läns ldt	78,41	33,24	111,65	57,24	95
Västernorrlands läns ldt	81,26	26,96	108,22	47,05	130
Jämtlands läns ldt	80,12	24,33	104,45	49,85	110
Västerbottens läns ldt	96,52	44,15	140,67	65,97	113
Norrbottens läns ldt	102,34	28,82	131,16	52,85	148
Göteborgs stad	83,42	16,13	99,55	27,96	256
Genomsnittlig summa per tandläkartimme	81,04	24,85	105,89	46,77	126

Bilaga 4 Förslag till normalavtal angående folktandvårdens övertagande av militärtandvården

Allmänna förutsättningar

1. att avtalen med huvudmännen skall godkännas av Kungl. Maj:t och resp. landsting (stad),

2. att det militära tandvårdsprogrammet utformas i huvudsak enligt det i betänkandet framlagda förslaget,

3. att avtal före övertagandet träffas med berörda personalorganisationer om att försvarets tandvårdspersonal vid övergång i folktandvårdens tjänst skall vara skyldig att övergå till motsvarande befattningar upptagna i landstingets (stadens) tjänsteförteckningar och att bestämmelserna i resp. kommunförbunds kollektivavtal m. m. skall tillämpas,

4. att nuvarande bestämmelser i folktandvårdsförfattningarna inte får utgöra hinder för att försvarstandläkare som övergår till folktandvården får upprätthålla deltidstjänst med 21 timmars arbetsvecka och på annan tid får utöva privat praktikverksamhet,

5. att vid nytillsättning av tjänster inom försvarets tandvård efter den 1 januari 1971 skyldighet skall föreskrivas för vederbörande att fr. o. m. övertagandet övergå till motsvarande befattning upptagen i landstingets (stadens) tjänsteförteckningar,

6. att avtalen, såvitt avser de ekonomiska villkoren, skall kunna omprövas fem år efter ikraftträdandet, om någon av parterna begär det,

7. att om någon av ovan angivna förutsättningar inte skulle föreligga, nya förhandlingar skall tagas upp.

Avtal

mellan svenska staten å ena samt .... läns landstingskommun (stad), nedan kallad landstinget (staden), å andra sidan, angående övertagandet av militärtandvården inom landstingsområdet (staden) m. m.

§ 1.

Landstinget (staden) övertar huvudmannaskapet för militärtandvården inom landstingsområdet (staden) den 1 januari 1973.

§ 2.

Från övertagandet undantages sådan tandvård, som meddelas under beredskapstillstånd och krig.

§ 3.

Militärtandvården inom landstingsområdet (staden) bedrives enligt en särskild organisationsplan, som på förslag av landstinget (staden) fastställes av socialstyrelsen i samråd med försvarets sjukvårdsstyrelse.

§ 4.

Landstinget (staden) förbinder sig att meddela tandvård åt värnpliktiga och tjänstemän på löneplan E, som tjänstgör vid förband m. m. förlagda inom landstingsområ-

det (staden) enligt fastställt tandvårdsprogram samt att utföra föreskriven tandundersökning av flygande och submarin personal, som tjänstgör vid förbanden.

§ 5.

Mottagningen av militära patienter anordnas på sådant sätt att den militära utbildningen såvitt möjligt icke blir eftersatt och sker i regel på särskild mottagningstid. Ordningen för meddelandet av militärtandvården bestämmes efter förhandlingar mellan förbandschefen och landstinget (staden).

§ 6.

Om tandvårdsresurser tillfälligt icke står till förfogande vid den tandpoliklinik dit förbandet normalt är hänvisat och militär patient härigenom hänvisas till annan folktandvårdspoliklinik, skall han icke ha rätt till annan behandling vid denna poliklinik än som motiveras av hans behov av akut- och olycksfallstandvård.

§ 7.

Landstinget (staden) äger utnyttja tandpoliklinik belägen inom militärt område för vård av civila folktandvårdspatienter, såvitt icke i visst fall den militära säkerheten och bevakningen lägger hinder i vägen.

§ 8.

Staten överlåter vid övertagandet till landstinget (staden) vederlagsfritt och med full äganderätt befintlig tandvårdsutrustning, tandvårdsmateriel och befintliga inventarier vid de militära tandpoliklinikerna. Före överlåtelsen skall utrustningen m. m. genom försvarets sjukvårdsstyrelses försorg och i samråd med resp. landsting (stad) upprustas och kompletteras till folktandvårdsstandard.

§ 9.

Staten tillhandahåller, såvitt icke annat framgår av särskilt avtal, erforderliga lokaler för tandpoliklinik vid förband och svarar för reparation och underhåll av dessa. Före övertagandet skall befintliga behandlingsrum m. m. genom fortifikationsförvaltningens försorg och i samråd med resp. landsting (stad) upprustas till godtagbar standard. Landstinget (staden) betalar lokalhyra med belopp, varom överenskommelse träffas i varje särskilt fall.

§ 10.

I de fall nybyggnad av lokaler för tandpoliklinik kommer i fråga skall överenskommelse om lokalisering m. m. träffas mellan staten och landstinget (staden) under beaktande av såväl försvarets som folktandvårdens berättigade krav.

§ 11.

Landstinget (staden) förbinder sig att till förhindrande av lagringsförluster medverka till att för den militära krigstandvården anskaffad materiel användes inom folktandvården under förutsättning att materielen fyller föreskrivna fordringar och tillhandahålles till skäligt pris.

§ 12.

Staten ersätter landstinget (staden) samtliga kostnader för militärtandvården enligt principen om full kostnadstäckning.

§ 13.

Kostnaderna för militärtandvården ersättes genom driftbidrag. Driftbidraget beräknas för tandvårdstimmar, som presterats inom militärtandvården. Som debiteringsnorm användes de totalkostnader som åvilar folktandvården inom landstingsområdet (staden) per tandvårdstimme (löner, personalförsäkringskostnader, lokalkostnader, materialkostnader, ersättning och underhåll av utrustning och inventarier, avskrivning och räntor samt administration). Från totalkostnaderna borträknas dock kostnaderna för tandteknikerarbeten.

För tandvårdstimmar som presterats av folktandvårdens tandläkare debiteras staten enligt nyssnämnd timkostnad.

För tandvårdstimmar som presterats av värnpliktiga tandläkare, vilka förklarats till krigstjänst odugliga samt vapenfria tandläkare, debiteras staten enligt samma

timkostnad minskad med den genomsnittliga tandläkarlönekostnaden (löner, personalförsäkringskostnader och tantiem) inom landstingsområdet (staden) per timme.

Kostnader för tandteknikerarbeten debiteras enligt gällande taxa för kommersiella laboratorier med för folktandvården gällande rabatter.

Till grund för driftbidragets storlek läggs de årliga bokförda kostnaderna inom folktandvården under bidragsåret.

Anmärkningar till § 13.

Uppstår i samband med att försvarets tandvårdspersonal övergår i folktandvårdens tjänst kostnader, som icke täckes av driftbidraget, skall ersättning härför utgå till landstinget (staden) i särskild ordning.

Bilaga 5 Den danska tandvårdsförsäkringen (sammandrag)

Sedan den 1 december 1965 tillämpas en överenskommelse mellan sjukkassornas centralföreningar och Dansk tandläkarförening. Överenskommelsen gäller för de till centralföreningarna anslutna sjukkassorna och för inom dessa områden verksamma medlemmar av tandläkarföreningen. Ingen av sjukkassorna eller tandläkarföreningens medlemmar får träffa avtal med utomstående angående tandvård utan särskilt tillstånd.

Inom de erkända sjukkassorna har införts en gruppindelning. Personer, vilkas årsinkomst understiger en viss, av socialministern fastställd gräns, blir A-medlemmar; överstiger årsinkomsten denna gräns blir de B-medlemmar. Inkomstgränsen fastställs vart tredje år och en kontroll rörande medlems inkomst i förhållande till nämnda gräns sker varje år. Medlems barn under 16 år omfattas av medlemmens försäkring. A-medlemmar och B-medlemmar är »nydende» medlemmar. Envar har rätt att bli »nydende» medlem. Person, som fyllt 16 år och som ej är »nydende» medlem, skall vara C-medlem, dvs. »bidragydende» medlem i den sjukkassa, inom vars verksamhetsområde han bor. C-medlem, som har att erlägga en låg årlig avgift, har möjlighet att senare bli »nydende» medlem.

Berättigade till tandläkarhjälp enligt överenskommelsen är medlemmar av sjukkassans grupp A och deras barn under 16 år, som icke har tillgång till regelbunden tandvård i samband med sin skolgång.

Tandläkare och sjukkassa, som önskar ansluta sig till överenskommelsen, har att ansöka härom enligt särskilda regler. Detsamma gäller vid utträde ur överenskommelsen.

Sjukkassan skall ge sina A-medlemmar fritt val mellan samtliga praktiserande tandläkare som är anslutna till överenskommelsen. Sjukkassan skall på förfrågan ge medlem upplysning om, vilka tandläkare inom kassans område, som är anslutna till överenskommelsen.

En permanent samarbetskommitté med vardera 3 representanter för sjukkassornas centralföreningar och Dansk tandläkarförening skall finnas. Kommittén skall — utöver att främja samarbetet mellan parterna — avgöra tvistefrågor mellan tandläkare och sjukkassa (medlem), vilka i annan ordning icke har kunnat bringas till ett avgörande. I tvistefrågor har kommittén befogenhet att utdela varning, att ålägga sjukkassa eller tandläkare att återbetala visst belopp, att utdöma böter samt, beträffande tandläkare, besluta, att tandläkares anslutning till överenskommelsen skall upphöra för en begränsad tid upp till två år eller utan tidsbegränsning. Beslutet kan offentliggöras i vederbörande fackorgan. Om kommittén icke är enhällig i sitt beslut kan parterna hänskjuta frågan till en voldgiftsrätt, till vilken var och en av parterna

utser 2 representanter och 2 suppleanter.

Den, som är A-medlem i en erkänd sjukkassa och söker tandläkarvård hos tandläkare, som är ansluten till överenskommelsen, skall redan vid sitt första besök hos tandläkaren lämna upplysning härom och styrka detta genom medlemsbevis. I annat fall är tandläkaren berättigad att kräva betalning som för icke-medlemmar. På motsvarande sätt skall medlem ge upplysning om sin eventuella anslutning till en enligt avtalet organiserad försöksanordning med regelbunden tandvård, som berättigar till högre ersättning från sjukkassan.

Den nuvarande överenskommelsen kan omfatta följande former av tandvård: a) undersökning, tandrensning, tandfyllning (med användande av silikofosfatcement, silikatcement eller amalgam som fyllningsmaterial), rotbehandling och rotfyllning samt tandutdragning under lokalbedövning eller b) tandutdragning under lokalbedövning. Ger sjukkassan ersättning för åtgärder under a) betalar sjukkassan direkt till tandläkaren enligt överenskommen taxa 3/4 av taxebeloppet för medlemmar som är anslutna till systemet med regelbunden tandvård (mera därom nedan) och 2/3 för övriga medlemmar. Ger sjukkassan ersättning enligt under b) företagen åtgärd betalas hela arvodet enligt taxan direkt till tandläkaren. Ger sjukkassan hjälp till andra former för tandvård än de under a) nämnda ges denna hjälp i form av kontant återbäring till medlem, när medlem till sjukkassan insänder en av tandläkaren utställd, specificerad och kvitterad räkning. Vissa anvisningar rörande den ersättningsberättigade tandvårdens omfattning finns bifogade avtalet.

Varje medlem, som har fyllt 16 år och är född 1945 eller senare och som vid en under de senaste 9 månaderna avslutad tandbehandling har fått sitt tandsystem sanerat kan, efter hänvändelse till sin sjukkassa, bli ansluten till försöksanordningen med regelbunden tandvård. Motsvarande gäller för medlemmar i samma åldersgrupper som erhållit tandvård på kommunal skoltandpoliklinik. Dessa skall hos sjukkassan begära anslutning senast 9 månader efter det att hans tillgång till skoltandvården har upphört. De medlemmar, som på så sätt är anslutna till den regelbundna tandvården, erhåller från sin sjukkassa 9—10 månader efter den sista tandbehandlingens avslutande en skriftlig anmaning att inom 14 dagar beställa tid hos tandläkare för ny undersökning och eventuell behandling. Om de för denna behandling fastställda tidsgränserna överskridas och detta beror på medlemmen, kan sjukkassan utesluta medlemmen från regelbunden tandvård och medlem kan anslutas till försöksanordningen igen först efter förnyad sanering av tandsystemet och därpå följande hänvändelse till sjukkassan.

För lämnad tandvård åtnjutes ersättning enligt fastställd taxa, vars belopp utgör grundbelopp. För behandling utanför besökstid eller annorstädes än å kliniken utgår vissa tillägg.

Allmänt gäller vidare att medlem, som uteblir från behandling utan att senast två timmar före avtalad tid ha meddelat återbud, är skyldig att ersätta tandläkaren härför med visst belopp. För påbörjad behandling, som patienten avbryter och som därför ej kan avslutas, åvilar det patienten att erlägga fullt arvode utan ersättning från sjukkassan.

Grundbeloppen regleras uppåt enligt samma grunder som gäller för statens tjänstemäns löner och pensioner.

Överenskommelsen gäller ej vid eventuell privat skoltandvård eller tandvård på kliniker, drivna av staten, kommuner, offentliga eller privata institutioner.

Bilaga 6 PM med vissa synpunkter på folktandvårdstaxan m. m.

Inledning

Frånsett en höjning av folktandvårdstaxan med ca 30 % från den 1 januari 1966 har denna beträffande de olika taxeposternas innehåll och inbördes avvägning i princip gällt sedan den 1 januari 1958. Den grundar sig på en utredning utförd åren 1956—57 av en av dåvarande medicinalstyrelsen tillkallad delegation.

Utredningen verkställdes som en självkostnadskalkyl över den samlade distriktstandvårdens genomsnittliga kostnader för olika slag av behandlingar, vilka utförs inom den taxebundna vården. Den grundade sig på material avseende verksamheten år 1955.

För att bestämma tidsåtgången för olika behandlingar och tandtekniska arbeten utfördes dels tidsstudier ifråga om arbete i behandlingsrummet, dels arbetsstudier avseende tandtekniska arbeten. På grundval av ekonomiska uppgifter från sjukvårdshuvudmännen kunde man beräkna genomsnittskostnaderna per tandläkartimme för arbete i behandlingsrummet samt per tandteknikertimme för arbete i laboratorium. Med kännedom om tidsåtgången för olika åtgärder kunde därefter den genomsnittliga självkostnaden för dessa beräknas. På grund av inträffade lönehöjningar justerades kostnadskalkylerna för att de skulle »överensstämma med det verkliga läget vid början av år 1957».

Av tillgängligt material framgår emellertid att det på denna utredning grundade förslaget till ny taxa ej skulle ge full självkostnadstäckning ens enligt utredningens egna omkostnadsberäkningar, som baserade sig på löneläget i början av år 1957 och för kostnadsläget i övrigt på förhållandena år 1955. Ytterligare lönehöjningar under 1957 och 1958 samt ökningar av övriga kostnader sedan 1955 gjorde att taxan, då den trädde i kraft den 1 januari 1958, kom att ligga ännu mera under nivån för självkostnadstäckning. Differensen mellan kostnader och intäkter vid denna tidpunkt torde ändå kunna betecknas som relativt obetydlig i jämförelse med nu rådande förhållanden. Den grundliga genomarbetningen av taxans innehåll resulterade i en taxa, där relationerna mellan de enskilda taxeposterna var väl avvägda. En viss tveksamhet redovisades dock i fråga om arbeten som kräver medverkan av tandtekniker; en av utredarna anförde i en reservation att laboratoriekostnaderna beräknats alltför lågt.

Uppkomna brister

Sedan tillkomsten av denna taxa har emellertid brister kunnat påvisas i två väsentliga avseenden. Genom fortlöpande omkostnadsstegringar har patientintäkterna kommit att svara mot en allt mindre del av vuxentandvårdens omkostnader. Den inledningsvis nämnda uppjusteringen av taxan

med genomsnittligt 30 % från den 1 januari 1966 visade sig otillräcklig för att minska den uppkomna eftersläpningen. Då den procentuellt sett rätt stora höjningen beräknades på en i förhållande till det rådande kostnadsläget mycket låg taxa blev den absoluta höjningen så liten att den knappt täckte kostnadsökningarna under det första året.

Av de ekonomiska redogörelser för år 1967 som sjukvårdshuvudmännen inlämnat till socialstyrelsen framgår, att den totala kostnaden per tandläkartimme inom vuxentandvården — både konserverande vård och vård under medverkan av tandtekniker — uppgick till i genomsnitt ca 105 kronor, medan intäkten uppgick till i genomsnitt ca 49 kronor. För att ernå full kostnadstäckning skulle folktandvårdstaxan behöva mer än fördubblas.

På grund av ändrade arbetsmetoder som i varierande omfattning berör olika ingrepp, har också avvägningen mellan olika taxeposter förändrats med i vissa fall direkta praktiska olägenheter som följd. Som exempel kan nämnas tidsförkortningen av vissa av de arbetsmoment, där tandläkarborren kommer till användning, genom att man nu i hög grad använder snabborrmaskiner. Denna förkortning har — generellt sett — lett till att de av taxedelegationen redovisade tidsstudierna nu visar för långa tider för många ingrepp, där snabborrmaskiner kommer till användning, med åtföljande för hög relativ taxesättning jämfört med arbeten, där motsvarande metodändringar ej kunnat genomföras.

I detta sammanhang finns det också anledning att något beröra de olikheter i tidsåtgång som regelbundet kan påvisas för arbeten av samma slag, både då dessa utförts av en och samma tandläkare och då de utförts av olika tandläkare. Spridningen betingas av variationer beträffande en eller flera av följande faktorer: 1) tandläkarens färdighet, 2) det enskilda arbetets svårighetsgrad och 3) utrustningsstandarden.

Genom att ersättningen till tandläkarna till en del består av prestationslön, vilken i sin tur grundar sig på folktandvårdstaxan, skulle de beskrivna tidsvariationerna för arbeten under samma taxerubrik, där alltid en enhetlig ersättning utgår, kunna leda till ogynnsamma konsekvenser med hänsyn till taxans tillämpning och vårdens utförande. De avtalsslutande parterna torde emellertid ingående ha försökt beakta denna aspekt vid bestämmandet av prestationslönedelens andel av totallönen. Genom att låta tantiemet endast utgöra den mindre delen av totallönen har man sökt förhindra att sådana variationer, som ovan nämnts, skulle ge ett sådant inkomstmässigt utslag att en styrning av verksamheten riskerades.

Om man emellertid till den spridning, som här beskrivits och som således avser variationer i tidsåtgång för arbeten av samma slag, lägger den spridning som betingas av den ovannämnda felaktiga avvägningen olika taxeposter emellan och som leder till att den genomsnittliga timinkomsten och därmed tandläkarnas förtjänst för vissa slag av arbeten generellt kan ligga avsevärt antingen över eller under medelvärdet för övriga arbeten, föreligger emellertid på ett helt annat sätt påtaglig risk för ogynnsamma styrningseffekter. Sålunda har t. ex. ifrågasatts om ej det förhållandet, att inkomsterna vid tidsdebiterade arbeten — på grund av taxans konstruktion — mestadels anses ligga under de individuella genomsnittsvärdena, kan inverka ogynnsamt på tandläkarnas intresse för profylaktiskt arbete.

Översyn erforderlig

Med hänsyn till dels de i olika sammanhang uttalade önskemålen om en höjning av folktandvårdstaxan, dels att de nu föreliggande felaktigheterna i avvägningen mellan olika taxeposter kan leda till direkta olägenheter vid taxans tillämpning, framstår det som mycket angeläget att en omfattande översyn av folktandvårdstaxan kommer till stånd, syftande till såväl en höjning som ett återställande av riktigast möjliga relationer mellan olika taxeposter. Det torde härvid dock inte få förbises, att en väsentlig höjning av folktandvårdstaxan för stora patientkategorier (t. ex. många pen-

sionärer) kan innebära en svår ekonomisk belastning, såvida ej — i avvaktan på en tandvårdsförsäkring — särskilda regler skapas om taxenedsättning för sådana låginkomstgrupper.

Vid revision av folktandvårdstaxan erhålles som delresultat ett statistiskt material som i skilda avseenden kan vara värdefullt även för andra ändamål än taxeberäkning. Ett sådant material kan självfallet också tagas fram separat men genom att man vid en taxeutredning får det som en del av en i och för sig angelägen utredningsprocess torde det därigenom föreligga också indirekta skäl för att genomföra en taxeundersökning så snart som möjligt.

I den av medicinalstyrelsens taxedelegation år 1957 redovisade utredningen rörande folktandvårdstaxan ingår således ett omfattande statistikmaterial med bl. a. studier över förekomsten och fördelningen av olika arbeten. Inför skilda överväganden, som aktualiseras i samband med förverkligandet av ett tandvårdsförsäkringssystem, torde nya sådana frekvenssiffror bli helt nödvändiga. Man får därigenom kunskaper om hur vårdanspråken, så som dessa kan utläsas i en frekvensstudie, har ändrats sedan taxedelegationen gjorde sina undersökningar och hur de nu framstår. Därigenom har man en del av den information som erfordras för bedömning av vad en tandvårdsförsäkring bör och kan omfatta, man har värdefullt material för att bedöma efterfrågeutvecklingen och man har primärmaterial för en senare resultatkontroll.

Under 1960-talet har det gjorts stora insatser för att rationalisera tandläkararbetet både genom förbättrad utrustning och genom förbättrade arbetsmetoder. Frågan om vilka vinster som därigenom kan uppnås — och även på sina håll har nåtts — har också belysts i ett avsevärt antal artiklar i fackpressen. Emellertid omfattar utförda undersökningar vanligtvis endast relativt små material, ej sällan med sådan speciell sammansättning att generella slutsatser svårligen kan dragas. Förnyade tids- och arbetsstudier av den omfattning som erfordras för en taxeutredning och med en konstruktion, som medger jämförelser med motsvarande av taxedelegationen 1957 redovisat material, skulle troligen ge goda möjligheter att studera uppnådda rationaliseringsvinster. För ren faktajämförelse skulle en sådan undersökning också vara av värde och därvid ha sin motsvarighet i den som taxedelegationen redovisat avseende resultat från undersökningar 1947 och 1956.

Synpunkter på taxesättningen vid en allmän tandvårdsförsäkring

Det har anförts att folktandvårdstaxan under vissa förutsättningar skulle kunna bli vägledande för arvodessättningen inom tandvården i dess helhet. Ett villkor för att nå en sådan effekt torde vara att folktandvårdstaxan har en nivå som ger intäkter, vilka i stort sett motsvarar omkostnaderna för verksamheten (självbärighetsprincipen). Det torde ej vara förenat med större svårigheter, att etablera och bibehålla en sådan taxenivå.

Med hjälp av på tids- och arbetsstudier grundade kostnadsberäkningar av den typ som redovisades av medicinalstyrelsens taxedelegation 1957 och som i denna skrivelse föreslås bli genomförda på nytt kan man således komma fram till en taxa, som ganska exakt ger självbärighet för vuxentandvården och som samtidigt anger en god avvägning de olika ersättningsbeloppen emellan.

Metoderna för förnyade taxeändringar och intervallerna mellan dessa blir sedan beroende av hur noggrann följsamhet med kostnadsutvecklingen, som man eftersträvar. Vunna erfarenheter har emellertid visat, att taxeundersökningar med tids- och arbetsstudier (enligt medicinalstyrelsens taxedelegation 1957) behöver genomföras avsevärt oftare än vad som skett hittills. Mot bakgrund av de senaste årens utveckling, där inte minst förändringar av arbetsmetoder bidragit till att göra taxan mindre välgrundad, torde det vara berättigat föreslå 6 år som lämplig period mellan dessa undersökningar.

Skulle omkostnadsutvecklingen bli sådan att tätare taxeomräkningar anses motivera-

de kan sådana omräkningar mellan de mera omfattande taxerevisionerna ske t. o. m. årligen om så befinnes påkallat. Det torde därvid vara tillräckligt, att man på grundval av sjukvårdshuvudmännens ekonomiska redovisningar beräknar index för intäkts- och omkostnadsförändringarna samt justerar folktandvårdstaxan med ett på dessa indexberäkningar grundat i princip generellt verkande procenttal.

Det är emellertid ej berättigat räkna med att man, enbart genom att konstruera folktandvårdstaxan så att den fullt ut återspeglar folktandvårdens totala och aktuella omkostnadssituation, får taxan att bli vägledande för arvodessättningen inom tandvården i dess helhet. Härför fordras dessutom (vilket också framhålles i direktiven) att folktandvårdens kapacitet ökas så att denna vårdform »kan svara för en större andel av den samlade vuxentandvården än hittills».

Som framgår av utredningens statistikmaterial finns det emellertid inget utrymme för någon utbyggnad av folktandvårdens egentliga (taxebelagda) vuxentandvård före 1976. Genom att ungdomstandvården föreslagits bli överförd till den organiserade vården, varigenom denna patientkategori ej framdeles beräknas komma att belasta kapaciteten för vuxentandvård, vinnes visserligen något ökade resurser för åldersgrupperna över 19 år, men denna förbättring får dock betraktas som så ringa att den ifråga om här diskuterad taxeproblematik på de flesta håll kommer att sakna betydelse. Folktandvårdens resurser för vuxentandvård kommer således under större delen av 1970-talet att vara otillräckliga för att göra denna vårdform till ett egentligt alternativ för den vårdsökande allmänheten. Därigenom finns än så länge ej heller de önskvärda förutsättningarna för ett framgångsrikt försök med styrning av privattandvårdens taxesättning enbart genom den vägledning som folktandvårdstaxan kan ge.

Som motpol till den här diskuterade mera liberala lösningen ifråga om taxereglering för privattandvården står självfallet ett system med fast taxesättning. På sådant sätt har taxefrågorna och därmed också ersättningsfrågorna lösts på flera håll utomlands, där man infört tandvårdsförsäkring.

Tidigare har omnämnts att förekommande tidsvariationer för arbeten under samma taxerubrik, för vilka således alltid enhetlig ersättning utgår till tandläkaren, skulle kunna leda till ogynnsamma konsekvenser med hänsyn till taxans tillämpning och vårdens utförande. På grund av folktandvårdstaxans låga nivå och genom att lönen endast till en del är prestationsbetingad och därigenom ändras relativt måttligt vid prestationsvariationer, synes emellertid den fasta taxan för folktandvårdens del ej ha medfört några egentliga olägenheter av här exemplifierat slag.

Annorlunda kan dock läget bli, när man skall arbeta med en avsevärt högre taxa, vilket ju måste bli förhållandet för privatpraktiserande tandläkare, och framför allt om man då beräknar att tandläkarintäkterna skall vara enbart prestationsbetingade.

Här nedan redovisas några exempel på tidsvariationer för vissa arbeten som är mycket vanliga och som till sin karaktär

Tid per behandling för olika behandlingstyper (minuter)

1 Amalgamfyllning, enkel, enstaka fyllning.

Medeltal	Median	1:a kvartil	3:e kvartil
16.5	15.3	10.8	20.1

2 Amalgamfyllning, dubbelapproximal, enstaka fyllning.

Medeltal	Median	1:a kvartil	3:e kvartil
26.5	25.4	19.6	31.9

3 Silikatcementfyllning, enstaka fyllning.

Medeltal	Median	1:a kvartil	3:e kvartil
24.5	24.0	17.5	29.7

4 Silikatcementfyllning, 3 fylln. vid samma behandling.

	Medeltal	Median	1:a kvartil	3:e kvartil
	37.3	37.8	28.8	44.3
Per fylln.	12.5	12.6	9.6	14.8

kan definieras mycket väl. Man finner en likartad spridning också vid de flesta andra arbeten. Exemplen har tagits från medicinalstyrelsens taxedelegations utredning och måste som individuella värden bedömas som osäkra. De torde emellertid korrekt återspegla den procentuella spännvidden i tidsåtgången.

Tänker man sig en fast taxa som enda ersättningsgrund för tandläkare inom privattandvården torde därför en första frågeställning bli, hur man skall lägga denna för att varken med en relativt hög taxenivå riskera en mera allmän arvodeshöjning eller med en för låg taxenivå riskera kvalitetsförsämringar. Med hänsyn till föreliggande stora tids- och kostnadsvariationer för arbeten av samma slag torde det bli i det närmaste omöjligt att komma fram till en tillfredsställande kompromiss.

Det kan därför synas riktigare att söka en lösning där man för de enskilda behandlingsslagen i stället för ett absolut fixerat pris ger möjligheter till ett visst variationsutrymme. Att därvid för olika åtgärder i stället för ett fixerat kronbelopp ange en nedre och övre taxegräns kommer i längden antagligen ej att ge önskad effekt, sannolikt får man därvid räkna med en allmän taxeanpassning till den övre taxegränsen.

Det kan därför övervägas om man ej — vid införandet av en tandvårdsförsäkring — hellre bör utforma systemet för gottgörelse till tandläkarna i princip likartat med det som tillämpas inom folktandvården, dvs. ersättningen består av en del som grundas på nedlagd tid (motsvarande folktandvårdens fasta lön) och en del som grundas på utförda prestationer (motsvarande folktandvårdens tantiem). Ett sådant system kan ges en varierande praktisk detaljutformning. Av särskilt intresse är att avvägningen mellan tidsbetald del och prestationsbetald del i tandläkarinkomsten kan styras och att patienttaxa och tandläkarersättning kan utformas i hög grad oberoende av varandra. Denna konstruktion kan användas både för arbeten utan tandteknikers medverkan och arbeten där tandteknikermedverkan förekommer. För den senare kategorin arbeten kan dock fordras specialarrangemang med hänsyn till laboratoriekostnaderna, åtminstone i de fall man vill ha en hög ersättningsnivå.

Det har hävdats att man bör ha ersättningsbestämmelser, som ej stimulerar till dyrbara och arbetskrävande åtgärder — detta gäller särskilt protesarbeten, både avtagbara och fasta. Vill man gå denna väg kan mycket väl ersättningen från försäkringskassan för protesarbeten begränsas till att endast omfatta den tidsersättning som enligt den föreslagna ersättningsmetodiken också skall utgå för arbeten utan teknikers medverkan. Patienten har då att själv betala dels ett styckepris, vilket utgör prestationsersättningsdelen av ersättningen till tandläkaren för dennes arbetsinsats, dels en ersättning för täckande av laboratoriekostnaderna. Genom att laboratoriekostnaderna tillkommer blir patientandelen i den totala ersättningen till tandläkaren större än vid arbeten utan tandteknikers medverkan. Vid en sådan utformning av ersättningsbestämmelserna kommer den tidsberäknade grundersättningen dessa patienter till godo i form av lägre taxa i samma utsträckning som vid arbeten utan tandteknikers medverkan. Önskar man en högre ersättningsnivå kan utöver tidsersättning också en del av den egentliga prestationsersättningen utgå från försäkringskassan, varigenom patientavgiften blir i motsvarande grad lägre. En sådan ersättning kan t. ex. tillämpas för vissa slags arbeten, man kan också — om så befinnes lämpligt — låta den utgå till vissa patientkategorier.

En förutsättning för att ett tandvårdsförsäkringssystem, som bygger på fast taxesättning — i detta sammanhang torde också det ovan beskrivna kombinerade systemet få anses bygga på denna princip — ska fungera effektivt är att också laboratoriekostnaderna kan kontrolleras. En fast taxesättning för tandläkarna måste därför, så vitt nu kan bedömas, åtföljas av motsvarande åtgärder för de tandtekniska laboratorierna. I båda leden kan det vid taxesättningen bli aktuellt att taga hänsyn till den varierande omkostnadsnivån olika prakti-

ker emellan resp. olika laboratorier emellan.

Inom landet finns för övrigt mycket litet erfarenhetsunderlag att nyttiggöra för bedömning av dessa frågor. Vad som närmast ligger till hands för studium är sjukförsäkringens mödratandvård och försäkringsinrättningarnas tandskadeersättningar, men i båda fallen är förhållandena så speciella att det är förenat med stora risker att skapa generella lösningar på grund av erfarenheter från dessa begränsade områden.

Kvar står då möjligheten att studera funktionen hos redan etablerade försäkringssystem utomlands.

Den redogörelse som lämnas i SOU 1965: 4 om tandvårdsförsäkring utomlands ger därvidlag en mycket ingående beskrivning av den formella uppläggningen av tandvårdsförsäkringssystem i några europeiska länder. Med hänsyn till att nämnda betänkande utgår från fri taxesättning för privattandläkarna saknas emellertid speciella värderingar som skulle kunna vara till nytta inför överväganden om ett fast taxesystem för privatpraktiserande tandläkare. Vad som därvid närmast skulle behövas är kritiska beskrivningar och bedömningar av hur vissa tandvårdsförsäkringssystem fungerar, grundade på synpunkter inhämtade från såväl försäkringsinrättningar som tandläkare.

Stockholm den 28 januari 1970.

Bertil Karlsson *Jöran Eklund*

Bengt Sundin

Bilaga 7 Rekryteringsbefrämjande åtgärder inom den norska folktandvården

I Norge, där man haft motsvarande svårigheter som i Sverige att få sina offentliga tandläkartjänster besatta, har en av sosialdepartementet tillsatt kommitté för utredning angående erforderlig tillgång och spridning av hälsovårdspersonal, den s. k. *Helsepersonellkomitéen,* i juli 1967 framlagt betänkande med förslag rörande bl. a. folktandvårdens tillgodoseende med tandläkare och annan personal. Av betänkandet inhämtas bl. a. följande.

Den 1 januari 1966 uppgick det totala antalet tandläkare i Norge till 2 817. Detta motsvarar ca 7,4 tandläkare per 10 000 invånare eller en tandläkare per 1 338 personer. Tandläkartätheten var mycket ojämn; den varierade från 12,9 och 12,6 i Bergen och Oslo till 3,3 och 4,6 i Vestlandet och Nord-Norge.

Tandläkarna fördelar sig på tre huvudgrupper: 1. Privatpraktik, 2. Kommunal skoltandvård och 3. Folktandvård. Härtill kommer en del mindre grupper som militärtandvård, anstaltstandvård och undervisning och forskning.

Privatpraktiserande tandläkare

De privatpraktiserande tandläkarna utgör mer än 50 % av tandläkarkåren. En legitimerad tandläkare har med vissa inskränkningar fri etableringsrätt i Norge. Vidare har en privatpraktiserande tandläkare fri arvodessättning, dock med den begränsning prislagen innebär. Några officiella normer för arvodessättningen inom privatpraktiken finns ej.

En del privatpraktiserande tandläkare arbetar deltid i den offentliga tandvården som s. k. distriktstandläkare och i skoltandvården med behandling av ett visst antal skolbarn i den egna praktiken enligt särskilda avtal.

Kommunal skoltandvård

Vid revision av folkskolelagen år 1917 fastslogs att eleverna skulle tillförsäkras nödvändig tandvård, varvid staten skulle ge bidrag till skoltandvården. Från början gällde detta endast skolor i städer, men 1937 bestämdes att statsbidrag skulle utgå även till de landskommuner, som ville införa skoltandvård.

Skoltandvården har efter hand byggts ut till att omfatta en ständigt större del av skolbarnen. År 1950 behandlades ca 80 % av alla skolbarn. Vissa kommuner har utvidgat skoltandvården till att också omfatta årsklasser över och/eller under den skolpliktiga åldern. Sålunda har exempelvis Oslo från 1939 efter hand byggt ut tandvården till att också omfatta årsklasserna 3—7 och 14—18 år.

Skoltandläkarna utgör numera den näst största gruppen av tandläkare med ca 450 i heltidstjänst. Härtill kommer ca 200 tandläkare som antingen har deltidstjänst eller

avtal om behandling av ett visst antal barn i sin privatpraktik. De har då privatpraktik som huvudsyssla. Å andra sidan har en del skoltandläkare möjlighet att hyra polikliniken för privatpraktik om eftermiddagen. Dessa tandläkare har privatpraktiken som bisyssla.

Sedan 1945 har antalet heltidstjänstgörande skoltandläkare mer än fyrdubblats och det är mycket som tyder på att skoltandvården nu närmar sig full utbyggnad och att utvecklingen härefter inriktas på att folktandvården skall avlösa skoltandvården.

Folktandvården (Folketannrökta)
Uppgifter och organisation

En år 1946 tillsatt kommitté med uppgift att utreda frågan om en utvidgning av den offentliga tandvården framlade år 1947 förslag om en folktandvårdsorganisation. Våren 1949 framlade sosialdepartementet ett lagförslag härom som antogs av stortinget samma år.

Huvudpunkterna i folktandvårdens målsättning är följande:

1. Spridning av tandläkarna i landet genom att alla län indelas i tandvårdsdistrikt och att fasta tjänster för tandläkarna inrättas i resp. distrikt.
2. Fri behandling av barn och ungdom från och med fyllda 6 år till och med fyllda 18 år (det fria klientelet).
3. Möjlighet till behandling för den övriga befolkningen efter taxa, fastställd av vederbörande departement (betalande klientel).
4. Förebyggande tandhälsovård efter riktlinjer som utfärdats av departementet.

Folktandvården är organiserad på ett något annorlunda sätt än skoltandvården. Medan skoltandvården är underställd de kommunala myndigheterna, är folktandvården underställd fylket. Fylket täcker utgifterna för folktandvården men staten ger bidrag med 60 % av lönekostnaderna (i Bergen och Oslo 30 %). Dessutom tillskjuter de kommuner, som har folktandvård, 5 kronor för var person som har tillgång till fri behandling.

Tandläkarna kallas distriktstandläkare och är indelade i tre klasser, A, B, och C. Distriktstandläkare kl. A har full tjänst (1 800 tim/år) med skyldighet att behandla alla kategorier av klientel i distriktet. 800 timmar skall anslås till betalande klientel och 1 000 timmar till det fria klientelet. Distriktstandläkare kl. A anses som statstjänsteman och tillsätts av sosialdepartementet. Distriktstandläkare kl. B skall bara behandla det fria klientelet och ha motsvarande arbetsvillkor som skoltandläkarna (1 440 timmar per år). De är fylkeskommunala tjänstemän. Distriktstandläkare kl. C är tandläkare i »bistilling» och deras arbetstid fastställs av fylket från fall till fall. Vanligtvis är det privatpraktiserande tandläkare som blir C-tandläkare och som behandlar det fria klientelet på sin privatmottagning. Vid 1966 års utgång fanns det 310 heltidstjänster (kl. A och B) och 40 deltidstjänster (kl. C). Härtill kom hjälppersonal.

Vidtagna åtgärder i rekryteringsbefrämjande syfte

Då folktandvården startade visade det sig mycket snart att det var svårt att få tjänsterna besatta. Orsaken var bl. a. att efterfrågan på tandvård var stor och tillgången på tandläkare liten, varför tandläkarna främst sökte sig till tätorterna medan folktandvården startade sin verksamhet i glesbygderna. Under dessa förhållanden föreslog sosialdepartementet att norska studenter skulle få studera odontologi i utlandet och att alla norska studenter som avlade tandläkarexamen skulle förplikta sig att tjänstgöra 2 år inom skol- eller folktandvården. Denna lag om civil tjänsteplikt trädde i kraft den 21 juni 1956. 1962 ändrades tiden till 18 månader. Därefter har lagen vid flera tillfällen förlängts, varvid tjänstgöringstiden slutligen begränsats till 12 månader. I slutet av 1950-talet besattes ca 80 % av tjänsterna i folktandvården i kraft av denna lag. År 1966 hade antalet sjunkit till ca 40 %.

Med hänsyn till att lagen om civil tjänsteplikt avsågs upphöra har man under år 1964—65 vidtagit följande åtgärder för att stimulera tandläkare att söka sig till folktandvården:

A För hela landet

1. Gottgörelse till distriktstandläkare kl. A med fast lön för ökad klinisk verksamhet utöver den fastställda arbetstiden från 100—400 timmar per år med 3 000 kronor för 100 timmar upp till 12 000 kronor för 400 timmar. Förutsättningen är att ökningen av arbetstiden sker på bestämda tider efter förhandsavtal med fylkestandläkaren, som godkännes av fylkesutvalget. Den kan gälla fritt klientel eller betalande klientel efter fylkestandläkarens avgörande på grundval av behovet inom distriktet.

2. Tandläkare kl. A med rätt till provision å taxan för betalande klientel (alternativ lön) kan medges en utvidgning av arbetstiden med högst 200 timmar avseende fritt klientel.

3. Höjning av provisionssatsen för distriktstandläkare med alternativ lön från 20 till 25 %.

4. Införande av ett nytt högre styrertilllägg i distrikt med 6—9 distriktstandläkare i heltidstjänst.

5. Inrättande av övertandläkarställning i distrikt med 10 eller flera distriktstandläkare i heltidstjänst.

B Speciellt för Nord-Norge

6. Bränsletillägg till distriktstandläkare i heltidstjänst norr om Polcirkeln efter samma bestämmelser som tidigare fastställts för vissa kategorier tjänstemän under justitiedepartementet och läkare i off. tjänst.

7. Täckning av flyttningskostnader och faktiska resekostnader fram och tillbaka vid kortvariga engagemang som distriktstandläkare i Nord-Norge, där tjänster står obesatta, med fördelning av kostnaderna mellan stat och fylke i samma förhållande som avlöningskostnaderna.

8. Dubbla tjänsteår för förstagångstjänst under 3—5 år i samma distrikt.

Föreslagna åtgärder

1. *Förbättrade löne- och anställningsförhållanden*

Även om rekryteringen till distriktstandläkartjänsterna har förbättrats under de senaste åren är den fortfarande långt ifrån tillräcklig. Som främsta orsak härtill framhålls, att flertalet tandläkare föredrar privatpraktik framför anställning i den offentliga tandvården, oaktat att den genomsnittliga inkomsten i privatpraktiken inte är särskilt mycket högre än motsvarande genomsnitt för folktandvården. Det hävdas från tandläkarföreningen att de unga tandläkare, som vill göra en extra arbetsinsats under de första åren, tjänar mer i privatpraktiken än i offentlig tjänst trots de möjligheter till extra förtjänst som föreligger i folktandvården vid ökad arbetsinsats. Det är en allmän mening bland distriktstandläkarna att »övertiden» blir för lite betald när skatten dras ifrån.

Den norska tandläkarföreningen har föreslagit att all vuxenbehandling skall föras över till privat praktik på så sätt att distriktstandläkarna vid sidan av det fasta kontraktet om behandling av det fria klientelet ges möjlighet att bedriva privat praktik på den offentliga kliniken. Detta motiveras bl. a. med att tjänsterna skulle bli mer attraktiva, att det skulle lämnas bättre service till distriktet och att en sådan ordning praktiseras inom skoltandvården. Enligt kommitténs mening är emellertid förhållandena i skoltandvården inte identiska med dem i folktandvården. En skoltandläkartjänst omfattar bara behandling av skolbarn. I kommuner, där det är litet eller ingen annan service, kan det därför vara av betydelse att skoltandläkaren ges möjlighet att lämna service också till den vuxna befolkningen. Också av hänsyn till skoltandläkaren själv kan det, bortsett från hänsyn till den extra inkomsten, vara av betydelse att han får en mer varierad praktik. Barntandvården är ensidig och ansträngande och de flesta tandläkare vill ha en del annat tandläkararbete vid sidan av

för att hålla sina kunskaper inom andra delar av facket vid liv. Dessa hänsyn har medverkat till att privatpraktik ofta är tillåten på den offentliga kliniken i skoltandvården. Men dessa argument faller bort i folktandvården som i princip omfattar behandling jämväl av den övriga befolkningen.

Att privatpraktik på de offentliga klinikerna är en stimuleringsfaktor för att få tjänsterna besatta håller vidare enligt kommitténs mening knappast sträck i ytterdistrikt, där behovet av stimuleringsåtgärder är särskilt betydelsefullt. Tillgången på betalande patienter är där i allmänhet inte så stor att den verkar frestande för privatpraktik. I dessa distrikt måste folktandvården under alla omständigheter vara ansvarig för behandlingen av den övriga befolkningen och man måste finna andra åtgärder i rekryteringsbefrämjande syfte.

Som argument emot en ordning med privatpraktik på de offentliga klinikerna framhålls även att sammanblandning av privata och offentliga intressen i allmänhet anses olämpliga. Fördelningen av timantalet på det fria och det betalande klientelet spelar också en roll. Detta gäller delvis även distriktstandläkarna med alternativ lön. Då folktandvårdens primära uppgift är att klara behandlingen av det fria klientelet, kan det av och till vara nödvändigt att öka timantalet för det fria klientelet på bekostnad av det betalande klientelet. Detta låter sig lättare genomföra hos en distriktstandläkare kl. A med fast lön, där det inte får någon ekonomisk konsekvens för tandläkaren, än hos en distriktstandläkare med privatpraktik. Sett utifrån det fria klientelets intressen är därför den vanliga distriktstandläkartjänsten kl. A med fast lön att föredra.

För de tandläkare som föredrar privat praktik i kombination med offentlig tjänst har folktandvården tjänster som distriktstandläkare kl. C, som ligger väl tillrätta för denna kombination.

På nu anförda skäl avvisar kommittén tandläkarföreningens förslag om bedrivande av privatpraktik på de offentliga poliklinikerna. I stället föreslås en förbättring av tandläkarnas fasta löner. Sålunda förordas, att distriktstandläkare kl. A med fast lön, som nu har bara ett ålderstillägg efter två år, ges ytterligare två ålderstillägg, förslagsvis efter 5 och 10 år. Vidare finner kommittén det vara otillfredsställande att B-tandläkartjänsterna börjar på en avsevärt lägre lönenivå än A-tandläkarna, särskilt som behandlingen av barn och ungdom anses som speciellt ansträngande. Kommittén föreslår därför en höjd begynnelselön och att slutlön uppnås efter 10 år med en genomsnittlig timersättning som svarar mot den för distriktstandläkare kl. A.

2 *Särskilda tjänster för småbarnstandvården*

Mot bakgrund av att åldersgruppen 3—5 år är dåligt tillgodosedd med tandläkarvård utgår kommittén från att folktandvården måste ta sig an behandlingen av dessa barn så snart det ges möjlighet härtill. När detta kan ske är i första hand avhängigt tillgången på tandläkare, men flera andra skäl måste också beaktas i detta sammanhang.

Gruppen 3—5 år kan inte utan konsekvenser inkluderas i det fria klientelet. Det är tidigare nämnt att småbarnstandvården är speciellt ansträngande och en ökning av timantalet för det fria klientelet till förmån för denna grupp låter sig knappast genomföra. Praktiskt taget alla distriktstandläkare önskar en någorlunda varierande praktik och en generell förskjutning av timfördelningen från vuxentandvård till barntandvård skulle utan tvivel möta starkt motstånd bland tandläkarna. Skulle man därför täcka behovet för småbarnstandvården med normal fördelning av arbetstiden skulle det medföra att planerna för folktandvården i samtliga fylker måste ändras och ett långt större antal distriktstandläkare kl. A anställas.

Frågan har också ställts huruvida en speciell kategori hjälpkrafter, s. k. »school dental nurses», skulle kunna användas till

att avlasta tandläkarna denna behandling. »School dental nurses» har i stor utsträckning använts till behandling av småbarn och skolbarn i New Zeeland och flera andra länder, bl. a. Canada och England. »School dental nurses» är unga kvinnor som anses speciellt lämpade för detta arbete och som har fått en tvåårig utbildning med speciell inriktning på att kunna utföra enkla behandlingar av mjölktänder och permanenta tänder på småbarn och skolbarn. Det omfattar preparering och fyllning av kariösa kaviteter, extraktioner o. dyl. I New Zeeland arbetar dessa »school dental nurses» relativt självständigt och det allra mesta av småbarns- och skoltandvården utförs av dessa. I Canada och England arbetar de sida vid sida med en tandläkare som har tillsyn och ansvar för behandlingen. Kommittén har inte tagit någon avgörande ställning till frågan. Även om erfarenheterna från andra länder och behovet i Norge skulle motivera att förslaget prövades antar kommittén, att det skulle ta åtskilliga år innan ett sådant förslag skulle kunna realiseras. Kommittén menar därför att man måste finna andra vägar att täcka behovet av småbarnstandläkare.

Kommittén föreslår i stället inrättande av speciella tjänster som barntandläkare med en något kortare arbetstid, 1 500—1 600 timmar, än en vanlig distriktstandläkare. En sådan tjänst med arbetstiden fördelad på småbarn i åldern 3—5 år och mindre barn tillhörande det fria klientelet och med lönevillkor som för distriktstandläkare kl. A synes vara acceptabel, speciellt om en del av arbetstiden också användes till föräldrarådgivning och förebyggande tandhälsovård på exempelvis mödravårdscentraler. Tilläggskurs i barntandvård föreslås för de tandläkare, som inte har sådan utbildning.

Om det lyckas att genomföra förslaget med speciella småbarnstandläkare, kan dessa vid sidan om småbarnen påta sig en del av det fria klientelet, så att den vanlige distriktstandläkaren kan bli något avlastad med detta och i stället påta sig ungdomstandvård inom ramen för den tid som är avsatt för det fria klientelet. Därmed kan timantalet för vuxentandvård hållas på samma nivå som nu samt variation och bredd i tandläkararbetet upprätthållas för distriktstandläkaren kl. A.

Det praktiska spörsmål som anmäler sig i detta sammanhang är huruvida det finns tillräckligt patientmaterial för att täcka behovet för en barntandläkare i de olika distrikten. Det kan vara möjligt i stora distrikt med flera distriktstandläkare, men i enmansdistrikten är patienttillgången för liten. Den praktiska lösningen måste i dessa fall bli en ordning där barntandläkare placeras efter behovsprövning så att mindre distrikt kanske får dela en barntandläkare. En C-tandläkartjänst speciellt beräknad för barntandvård, med en något högre timersättning än för vanliga C-tandläkare, är också en lösning som bör prövas där det ges möjlighet.

3 *Regelmässiga fortbildningskurser för distriktstandläkarna*

Dylika kurser föreslås anordnade i folktandvårdens regi för att uppehålla tandläkarnas fackliga standard och intresse för yrket. Kostnaderna, inbegripet utgifterna för deltagarnas resor och uppehälle, förutsättes bestridda av fylkena.

4 *Skyldighet att skaffa bostäder*

Med hänsyn till den högst varierande bostadsstandarden för distriktstandläkarna föreslås vidare, att kommun åläggs skyldighet att skaffa bostad till distriktstandläkare av en beskaffenhet, som kan godkännas av socialdepartementet.

5 *Speciella åtgärder för svårbesatta distrikt*

Som sådana åtgärder föreslås främst.

a) Provisionssatsen vid ökad klinisk verksamhet för tandläkare som arbetar på al-

ternativ lön ökas från 25 % i stigande grad efter förhållandena i distrikten upp till 50 % i de mest svårbesatta distrikten.

b) Även för distriktstandläkare med fast lön föreslås höjd provision vid ökad klinisk verksamhet, förslagsvis med 50 % över den vanliga ersättningen för distriktstandläkare.

c) I distrikt, där patienttillgången är liten, möjligheten till kontakt med kolleger saknas och där behovet att komma bort en tid därför är särskilt stort, föreslås 4 veckors ledighet per år med full lön utöver den vanliga semestern.

d) En veckas längre semester än övriga distriktstandläkare föreslås speciellt för Nord-Norge.

e) Stipendier (utöver generella studiebidrag) med förbindelse att tjänstgöra 2 år i offentlig tandvård efter examen och militärtjänst.

f) Skattefritt avdrag på studielån upp till 10 000 kronor.

Kommittén pekar härutöver på möjligheten att betjäna enskilda glesbygdsdistrikt från ett hälsocenter, som är mer centralt beläget. Förutsättningen för en sådan ordning är att det finns »vanskelig ytterdistrikt» i någorlunda närhet av ett större centrum, där en centralklinik med flera tandläkare är belägen. I stället för att placera en tandläkare i ett ytterdistrikt placeras en extra distriktstandläkare på den centrala kliniken. En någorlunda kontinuerlig tandläkartjänst kan då etableras i ytterdistriktet genom att alla tandläkarna alternerar i ambuleringstjänsten.

6 *Inskränkning i den fria etableringsrätten*

Om lagen om civil tjänsteplikt upphör att gälla, kan det enligt kommittén få allvarliga konsekvenser för vissa distrikt i Nord-Norge och på Vestlandet, även om de föreslagna rekryteringsbefrämjande åtgärderna genomförs. Som tillägg till dessa åtgärder föreslår kommittén därför att de områden i landet, som har en förhållandevis god tandläkartäckning, skall beläggas med etableringsrestriktioner. Dessa går ut på att nyexaminerade tandläkare inte skall få öppna privatpraktik förrän de har arbetat utanför dessa områden antingen som tjänstetandläkare eller privatpraktiker en viss tid, förslagsvis tre år. Heltidstjänster som skol- och distriktstandläkare samt heltidstjänster vid universitet och sjukhus skall dock stå öppna för alla inom områdena.

KUNGL. BIBL.
14 APR 1970
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1970

Systematisk förteckning

Socialdepartementet

Livsmedelsstadgekommittén. 1. Ny livsmedelsstadga m.m. Del I. Förslag och motiv. [6] 2. Ny livsmedelsstadga m.m. Del II. Bilagor. [7]
Folktandvårdens utbyggande och reglering. [11]

Kommunikationsdepartementet

Snöskotern – fordonet och föraren. [9]

Utbildningsdepartementet

Om stat och kyrka. [2]
Yrkesutbildningsberedningen. 1. Reformerad lärarutbildning. [4] 2. Yrkesteknisk högskoleutbildning. [8]
Fria läromedel. [10]

Jordbruksdepartementet

Statligt stöd till fiskehamnar. [5]

Inrikesdepartementet

Balanserad regional utveckling. [3]

Civildepartementet

Barns utemiljö. [1]

KUNGL. BIBL.
14 APR 1970
STOCKHOLM

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

K L Beckmans Tryckerier AB 1970