TAND VÅRDEN UNDER 80-TALET

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

BETÄNKANDE AV
1978 ÅRS TANDVÅRDSUTREDNING

SOU
1982:4

TAND VÅRDEN UNDER 80-TALET

BETÄNKANDE AV
1978 ÅRS TANDVÅRDSUTREDNING

SOU
1982:4

Statens offentliga utredningar
1982:4
Socialdepartementet

Tandvården under 80-talet

Betänkande av 1978 års tandvårdsutredning

Stockholm 1982

Omslag Jan Bohman
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-06419-7
ISSN 0375-250X

Gotab, Stockholm 1982

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Den 22 december 1977 bemyndigade regeringen dåvarande chefen för socialdepartementet att tillkalla en kommitté med högst sex ledamöter för att göra en översyn av den allmänna tandvårdsförsäkringen m. m.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 13 januari 1978 som ledamöter överdirektör Svante Englund, tillika ordförande, riksdagsledamot Nils Carlshamre, landstingsråd Halvard Claesson, ombudsman Gerd Dahl, riksdagsledamot Hans Gustafsson samt numera landstingsråd Sylve Öfström.

Att som sakkunniga biträda ledamöterna förordnades samma dag medicinalråd John Hedlin, byråchef Arvo Marits, förbundsdirektör Lars Sandberg, dåvarande departementsråd Karl-Erik Strand, dåvarande departementssekreterare Sven-Erik Tengvall och sekreterare Stig Wintzer. Som sakkunniga förordnades vidare den 21 december 1979 departementssekreterare Bengt Sibbmark och den 1 januari 1980 departementssekreterare Gert Jönsson. Tengvall entledigades från sitt uppdrag fr. o. m. den 1 juli 1980 och Strand fr. o. m. den 5 december 1980.

Till experter förordnades den 13 januari 1978 tandvårdschef Bengt Ek, numera övertandläkare Hans Sundberg och tandtekniker Sture Ågren, den 22 februari 1980 departementssekreterare Birgitta Wittorp samt den 21 juni 1978 tandläkare Erling Böhlin, kanslichef Linnéa Gardeström, övertandläkare Karl-Erik Markén och numera departementsrådet Bengt-Olof Mattsson och den 23 februari 1981 avdelningschef Carl-Filip Hammar.

Som sekreterare förordnades den 13 januari 1978 avdelningschef Gunnar Högberg. Som biträdande sekreterare förordnades samma dag byrådirektör Birgitta Carlsson och föredragande tandläkare Jan Malmqvist samt den 26 juni 1979 byrådirektör Hannelotte Kindlund.

Vi har antagit benämningen 1978 års tandvårdsutredning.

Vi överlämnar härmed vårt huvudbetänkande Tandvården under 80-talet.

Reservation har avgetts av ledamöterna Nils Carlshamre, Halvard Claesson och Sylve Öfström. Särskilt yttrande har avgetts av sakkunnige Lars Sandberg.

I ett kommande delbetänkande avser vi att lägga fram förslag till en reviderad tandvårdstaxa m. m.

Stockholm den 7 januari 1982

Svante Englund

Nils Carlshamre *Halvard Claesson* *Gerd Dahl*

Hans Gustafsson *Sylve Öfström*

/Gunnar Högberg
Birgitta Carlsson
Hannelotte Kindlund
Jan Malmqvist

Innehåll

Sammanfattning 9

Lagförslag 13

1 *Inledning* 21
1.1 Direktiven 21
1.2 Tidigare delbetänkande 21
1.3 Utredningsarbetet 22
1.4 Samhällsekonomiska utgångspunkter 22
1.5 Övrigt 23

2 *Nuvarande förhållanden* 25
2.1 1974 års tandvårdsreform 25
2.2 Folktandvårdens utbyggnad 26
2.3 Tandvårdssituationen för de vuxna – regional fördelning . . 27
2.4 Tandvårdsförsäkringen 31
2.5 Tandvårdspersonal 32
2.5.1 Tandläkare 32
2.5.2 Tandhygienister 33
2.5.3 Tandsköterskor 34
2.5.4 Tandtekniker 34
2.5.5 Relationen mellan personalgrupperna 35
2.6 Specialisttandvård 35
2.7 Tandvård till handikappade 36
2.8 Tandteknisk verksamhet 38
2.9 Kostnader för tandvården 1979 39
2.10 Planerings- och prognosmaterial 40
2.11 Samverkan mellan landstingen och de privatpraktiserande tandläkarna 41

3 *Utvecklingen efter tandvårdsreformen* 43
3.1 Tandvårdsförsäkringens mål 43
3.2 Folktandvården 43
3.3 Lika möjlighet till tandvård till överkomlig avgift 44
3.3.1 Patientens avgift 45
3.3.2 Tandvårdsresursernas fördelning 46

3.4 Etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare . 49
3.5 Kvoteringssystemet 50

4 *Förebyggande tandvård* 55
4.1 Tandsjukdomarna karies och parodontit 55
4.2 Kostens, munhygienens och fluorens betydelse 56
4.3 Förebyggande tandvård inom barn- och ungdomstandvården 57
4.4 Tandhälsovård för vuxna 58
4.5 Företagstandvård 59
4.6 TPU:s förslag om förbättrad tandhälsovård 60
4.7 Samhällsekonomiska effekter 61

5 *Aktuellt utredningsarbete* 63
5.1 Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) 63
5.2 Tandvårdspersonalutredningen (TPU) 65
5.2.1 Mål och viljeinriktning 65
5.2.2 Arbetsfördelning mellan olika personalkategorier inom tandvården 66
5.2.3 Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal 67
5.3 Fredstandvård 80 70
5.4 Fluorberedningen 70
5.5 Utredningen om sjukförsäkringens ersättningssystem vid sjukresor 71

6 *Vilka krav bör ställas på tandvården i framtiden* 73

7 *Tandvården under 80-talet* 77
7.1 Ansvar 77
7.1.1 Statsmakterna och centrala myndigheter 77
7.1.2 Landstingen 78
7.2 Regional fördelning 80
7.2.1 Folktandvårdens utbyggnad 81
7.2.2 Kvotering och etableringsregler 83
7.2.3 Tandvårdsplaner 86
7.2.4 Samverkan – samverkansavtal 87
7.2.5 Samrådsgrupp 88
7.3 Förebyggande tandvård 89
7.4 Pensionärerna 91
7.5 Institutionstandvård 91
7.6 Tandvård till handikappade 92
7.6.1 Behov av särskilda ersättningsregler inom försäkringen för tandvård till handikappade 92
7.6.2 Ersättning för resor 93
7.6.3 Tandvårdsansvaret 94
7.7 Specialisttandvård 95
7.8 Tandteknisk verksamhet 95
7.9 Barns och ungdomars anslutning till försäkringen 96
7.10 Ersättning till tandvårdens huvudmän 97

7.11 Utbildningsdimensionering 98
7.12 Ekonomiska konsekvenser 99

Reservation 101

Särskilt yttrande 111

Bilaga 1 *Direktiven* 149

Bilaga 2 *Vissa uppgifter om tandvården i England och Västtyskland* 159

Bilaga 3 *Av socialstyrelsen medgivna undantag från skyldighet att meddela specialisttandvård för vuxna 1981* 167

Bilaga 4 *Sammanställing av från försäkringskassorna utbetalad tandvårdsersättning per försäkrad under år 1979* 169

Bilaga 5 *Olika befolkningsgruppers utnyttjande av försäkringen* . 171

Bilaga 6 *Mål och metoder inom vuxentandvården* 179

Sammanfattning

I detta vårt huvudbetänkande redovisar vi nuvarande förhållanden vad avser tandvården och tandvårdsförsäkringen, utvecklingen efter 1974 års tandvårdsreform samt vissa uppgifter om den förebyggande tandvården.

Efter en beskrivning av de krav som vi anser bör ställas på tandvården i framtiden lägger vi förslag vad avser tandvården under 1980-talet.

Vi har i våra förslag utgått från att tandvården i framtiden inte kan räkna med så stor ökning av de reala resurserna som hittills. Vi anser det därför angeläget att möjligheter skapas för en rättvis fördelning av tillgängliga resurser mellan olika regioner och mellan olika befolkningsgrupper. Det är enligt vår mening också viktigt att hushålla med resurserna framförallt genom förebyggande åtgärder.

Vi föreslår att den nuvarande folktandvårdslagen ersätts med en tandvårdslag. Denna lag bör kunna inarbetas i en kommande hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Den nuvarande satsningen på barn- och ungdomstandvården som innebär att landstingen svarar för organiserad och avgiftsfri tandvård för alla barn och ungdomar t. o. m. 19 år måste bibehållas. Landstingen bör ha ett fortsatt lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården.

Sedan barn- och ungdomstandvården nu byggts upp är det dags att se till att vuxentandvården blir bättre tillgodosedd och att vårdresurserna blir mer rättvist fördelade över landet. Våra förslag innebär att landstingen får ett större ansvar även för vuxentandvården. Landstingen får ett ansvar för att alla som är bosatta inom lanstinget erbjuds god tandvård. Landstingen åläggs vidare att i samverkan med bl. a. privata vårdgivare planera all tandvård inom landstinget. Vi föreslår vidare att landstingen får ett lagfäst ansvar för den som är intagen på landstingets vårdinrättningar samt för de handikappade som har svårt att få tandvård på vanligt sätt.

Vi framhåller vikten av att pensionärernas tandvårdsbehov kartläggs och att åtgärder vidtages för att tillgodose detta. Genom att folktandvården ingår som en del i landstingets totala vårdverksamhet anser vi att den har särskilt goda förutsättningar att medverka till uppsökande verksamhet bland de grupper, bl. a. pensionärer, som f. n. inte har tillgång till eller trots tandvårdsbehov av olika skäl inte efterfrågar tandvård.

Vi utgår från att en ökad samverkan mellan folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna kommer till stånd och i viss mån formaliseras genom samverkansavtal. Vi pekar på att de lokala samrådsgrupper som bildades i samband med tandvårdsförsäkringens införande bör kunna spela

en väsentlig roll i denna samverkan.

Den nuvarande regionala obalansen när det gäller tillgången på tandvårdsresurser är enligt vår mening oacceptabel. I många landsting är resurserna ojämnt fördelade kommunerna emellan. Vi anser det vara ett centralt mål för tandvårdspolitiken att förändra den nuvarande fördelningen så att tillgången på tandvårdsresurser successivt kommer att bättre motsvara efterfrågan och behov i alla delar av landet och för alla grupper i samhället. Det krävs enligt vår mening aktiva åtgärder från samhällets sida för att förbättra den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna.

Vi finner det nödvändigt att etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare kan ske även efter 1982 för att säkerställa folktandvårdens utbyggnad och därmed förbättrad regional balans. Enligt vårt förslag bör möjligheterna till etableringsbegränsning bibehållas t. o. m. 1987. För att tandläkartätheten i Stockholm, Göteborg och Malmö, som redan är mycket hög, inte skall öka ytterligare och därmed göra obalansen ännu större bör antalet tandläkare i dessa områden inte få öka utöver det antal som finns där nu. Mot den bakgrunden föreslår vi att möjligheterna till etableringsbegränsning skall bibehållas för dessa områden t. o. m. 1992. Med hänsyn till att syftet med reglerna främst är att uppnå en bättre regional balans föreslår vi att ansvaret för tillämpningen av etableringsregeln förs över från riksförsäkringsverket till socialstyrelsen.

Med hänvisning till vad vi framhållit om landstingens ansvar för vuxentandvården om landstingens särskilda möjligheter att ta hand om grupper med eftersatt tandvårdsbehov anser vi det viktigt att folktandvården i enlighet med den av riksdagen 1973 uppställda målsättningen byggs ut att omfatta 35 % av vuxentandvården. För att säkerställa denna utbyggnad föreslår vi att landstingen i lag åläggs att svara för minst 35 % av vuxentandvården i landstingskommunen. Utgångsläget varierar starkt mellan landstingen varför vi föreslår att socialstyrelsen t. o. m. 1987 skall kunna meddela dispens från denna skyldighet. I Stockholm, Göteborg och Malmö är folktandvårdens andel av vuxentandvården väsentligt lägre än i landet i övrigt. Vi föreslår att dessa kommuner bör kunna medges dispens t. o. m. 1992.

För att samtliga landsting skall kunna åstadkomma en utbyggnad av folktandvården i takt med att antalet tandläkare ökar måste enligt vår mening socialstyrelsen få fortsatt möjlighet att kvotera anställningsmöjligheter inom folktandvården. I syfte att förbättra den regionala fördelningen bör även landsting som redan nått andelen 35 % av vuxentandvården men har en tandläkartäthet som ligger under genomsnittet i riket kunna tilldelas ytterligare anställningsmöjligheter.

Med hänvisning till såväl den hälsovinst som det medför som till den ekonomiska lönsamhet som det innebär för såväl individ som samhälle föreslår vi att den förebyggande tandvården utökas. Tandvårdsresurserna bör fördelas så att förebyggande tandvård på sikt kan erbjudas alla vuxna. När det gäller genomförandet av förebyggande vård hänvisar vi bl. a. till socialstyrelsens behandlingsprogram.

Vi understryker vikten av att de ungdomar som vid 20 års ålder lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården även därefter erbjuds regelbunden tandvård. Vi pekar även på möjligheterna att inom företagshälsovårdens

ram erbjuda förebyggande tandvård.

Vi föreslår förbättringar för tandvård till vissa handikappade. Beträffande specialisttandvården pekar vi på möjligheten för landstingen att lösa sin specialisttandvård i samverkan. Detta har särskild betydelse för de landsting som inte har tillräckligt befolkningsunderlag för att själv kunna tillhandahålla all specialisttandvård. Specialisttandvården bör liksom hittills i huvudsak bedrivas i folktandvårdens regi.

Enligt våra direktiv skulle vi undersöka förutsättningarna att knyta tandteknikerna närmare till försäkringen. I våra överväganden har vi inte funnit tillräckliga skäl för anslutning av tandteknikerna till försäkringen.

De totala direkta tandvårdskostnaderna år 1979 uppgick till ca 3 600 miljoner kronor. Detta motsvarar omkring 4 600 miljoner kronor i 1981 års priser. Med nuvarande dimensionering av tandläkar- och tandhygienistutbildningen kommer de direkta kostnaderna för tandvården år 1990 att uppgå till ca 5 900 miljoner kronor i 1981 års priser.

Mot bakgrund av de av socialstyrelsen redovisade bedömningarna av den framtida efterfrågan och tillgången på tandläkare anser vi att antalet utbildningsplatser vid de odontologiska fakulteterna bör minskas till storleksordningen 350–400 intagningsplatser per år.

Vi avser att återkomma till de ekonomiska konsekvenserna av våra förslag i samband med vårt kommande delbetänkande med förslag om taxefrågor m. m.

Lagförslag

Nuvarande lydelse

Folktandvårdslag (1973:457)[1]

1 §

I denna lag ges bestämmelser om folktandvård som anordnas av landstingskommun.

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

2 §

Landstingskommun skall svara för tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år då de fyller nitton år, i den mån behovet av tandvård icke tillgodoses i särskild ordning.

Barn och ungdomar som sägs i första stycket skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling. De skall också ges den vård för akuta tandbesvär som de behöver. Tandvården skall vara avgiftsfri för patienten.

Föreslagen lydelse

Förslag till Tandvårdslag[2]

Härigenom föreskrivs följande.

1 §

Varje landstingskommun bär ansvar för att en god tandvård erbjuds dem som är bosatta inom landstingskommunen. Särskild uppmärksamhet skall därvid ägnas den förebyggande tandvården.

För dem som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatta där skall landstingskommunen erbjuda den tandvård som omedelbart behövs.

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

2 §

Landstingskommunen skall svara för tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år då de fyller nitton år.

Barn och ungdomar som sägs i första stycket skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling. De skall också ges den vård för akuta tandbesvär som de behöver. Tandvården skall vara avgiftsfri för patienten.

[1] Bestämmelserna i folktandvårdslagen jämte övergångsbestämmelser återges här för att underlätta en jämförelse mellan nämnda lag och den föreslagna tandvårdslagen.

[2] Förslaget till tandvårdslag bör kunna arbetas in i den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §	3 §
Landstingskommun skall, utöver den specialisttandvård som följer av 2 §, svara för specialisttandvård för vuxna som är bosatta inom landstingskommunen.	Landstingskommunen skall, utöver den specialisttandvård som följer av 2 §, svara för specialisttandvård för vuxna som är bosatta inom landstingskommunen.
	4 §
	Landstingskommunen skall svara för tandvård åt patienter vid av landstingskommunen bedrivna vårdinrättningar.
	Utöver vad i första stycket sägs, skall landstingskommunen svara för tandvård åt inom landstingskommunen bosatta vuxna, som på grund av handikapp har svårt att få tandvård.
4 §	5 §
Landstingskommun skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.	Landstingskommunen skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i den omfattning som erfordras för att de som är bosatta inom landstingskommunen skall erhålla en god tandvård. Omfattningen skall dock motsvara minst 35 procent av tandvården för vuxna i landstingskommunen.
	6 §
	Landstingskommunen skall planera tandvårdens utveckling och organisation i samarbete med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Planeringen skall ske på kommun- eller kommundelsnivå. Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.
5 §	7 §
Ledningen av folktandvården utövas inom varje landstingskommun av en tandvårdsnämnd, i den mån annat ej följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen	(Bör utformas i enlighet med motsvarande bestämmelser i kommande hälso- och sjukvårdslagstiftning.)

Nuvarande lydelse

(1977:179). Landstingskommun får tillsätta särskild tandvårdsnämnd eller uppdraga åt annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Har så ej skett är sjukvårdsstyrelsen tandvårdsnämnd.

I fråga om särskild tandvårdsnämnd tillämpas bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt.

6 §

Folktandvården står under tillsyn av socialstyrelsen.

7 §

Närmare föreskrifter för tillämpningen av denna lag meddelas av Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, av socialstyrelsen.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1974.

2. Bestämmelsen i 2 § andra stycket om erbjudande av behandling skall för år 1980 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.

Från och med år 1981 får socialstyrelsen tills vidare för ett år i sänder undantaga landstingskommun eller kommun som ej tillhör landstingskommun från skyldighet att enligt 2 § andra stycket erbjuda behandling till barn till och med det år då de fyller fem år och ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år. Undantagande kan begränsas till viss eller vissa åldersklasser.

3. Bestämmelsen i 2 § andra stycket att tandvården skall vara avgiftsfri för patienten skall icke gälla ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år, om de ej omfattas av tandvård som avses i första punkten av nämnda stycke.

Föreslagen lydelse

8 §

Tandvården står under tillsyn av socialstyrelsen.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983. Genom lagen upphävs folktandvårdslagen (1973:457).

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Av ungdomar för vilka avgiftsfrihet icke gäller får dock uttagas högst 50 procent av de högsta patientavgifter som gäller enligt särskilda bestämmelser.	
4. Socialstyrelsen får tills vidare för viss tid undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 3 § svara för tandvård inom viss eller vissa specialiteter.	2. Socialstyrelsen får tills vidare för viss tid undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 3 § svara för tandvård inom viss eller vissa specialiteter.
5. Landstingskommun skall i en plan över folktandvården redovisa den utbyggnad som behövs för att tandvård som sägs i 2–4 §§ skall kunna tillhandahållas.	3. Landstingskommun skall i en plan över folktandvården redovisa den utbyggnad som behövs för att tandvård som sägs i 5 § skall kunna tillhandahållas.
	4. Socialstyrelsen får tills vidare för viss tid dock längst till utgången av år 1987 undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 5 § tillhandahålla minst 35 procent av tandvården för vuxna. För Stockholms läns landsting, Göteborgs kommun och Malmö kommun får undantagande som nu sagts meddelas längst till utgången av år 1992.
	5. För att samtliga landstingskommuner skall kunna tillhandahålla tandvård i den omfattning som sägs i 5 §, får socialstyrelsen till och med utgången av år 1992 föreskriva i vilken utsträckning landstingskommun får tillsätta tandläkartjänster inom folktandvården.

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 2 kap 3 § lagen (1962:381) skall ha nedan angiven lydelse.

Nuvarande lydelse

3 §

Ersättning för utgifter för *tandvård* utgår om vården meddelas vid folktandvårdspoliklinik, odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral eller eljest genom det allmännas försorg eller lämnas av tandläkare, som är uppförd på en av allmän försäkringskassa upprättad förteckning. Ersättning utgår enligt grunder som regeringen efter förslag av riksförsäkringsverket fastställer för högst två år i sänder.

Vad som sägs i första stycket gäller ej utgifter för tandvård åt försäkrad, som icke fyller minst tjugo år under det år vården inledes. *Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad stadgas i folktandvårdslagen (1973:457). Regeringen meddelar bestämmelser om ersättning till den som ombesörjer sådan vård.*

För utgifter för oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd, som finns angiven i förteckning som fastställes av regeringen, utgår ersättning enligt de grunder för ersättning för läkarvårdsutgifter som fastställas enligt 2 §, under förutsättning att vården meddelas vid odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral eller, efter hänvisning av läkare eller tandläkare, vid sådan poliklinik för specialisttandvård som angives i förteckning som fastställes av riksförsäkringsverket.

Föreslagen lydelse

3 §

Ersättning för utgifter för *tandvård* utgår om vården meddelas vid folktandvårdspoliklinik, odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral eller eljest genom det allmännas försorg eller lämnas av tandläkare, som är uppförd på en av allmän försäkringskassa upprättad förteckning. Ersättning utgår enligt grunder som regeringen efter förslag av riksförsäkringsverket fastställer för högst två år i sänder.

Vad som sägs i första stycket gäller ej utgifter för tandvård åt försäkrad, som icke fyller minst tjugo år under det år vården inledes.

För utgifter för oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd, som finns angiven i förteckning som fastställes av regeringen, utgår ersättning enligt de grunder för ersättning för läkarvårdsutgifter som fastställas enligt 2 §, under förutsättning att vården meddelas vid odontologisk fakultet eller tandsjukvårdscentral eller, efter hänvisning av läkare eller tandläkare, vid sådan poliklinik för specialisttandvård som angives i förteckning som fastställes av riksförsäkringsverket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

Förslag till
Lag om ändring i lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härmed föreskrivs att punkterna 7, 8, 9 och 12 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

7. Tandläkare som vid utgången av år *1975* är uppförd på förteckning som avses i 2 kap. 3 § första stycket kvarstår utan särskild anmälan på förteckningen även efter denna tidpunkt. Har han blivit uppförd på förteckningen för viss tid gäller vad nu har sagts ej sedan den tiden gått till ända.

8. Tandläkare som efter utgången av år *1975* avser att påbörja verksamhet i enskild tandvård skall föras upp på förteckning som avses i 2 kap. 3 § första stycket, om han begär det i samband med att han anmäler verksamheten till *allmän försäkringskassa* eller senare.

Tandläkare som har anställning inom folktandvården eller som arbetar åt folktandvården enligt särskilt avtal skall alltid föras upp på förteckningen, om han vid sidan av verksamheten inom folktandvården även avser att vara verksam i enskild tandvård.

9. *Om riksförsäkringsverket finner anledning antaga att folktandvårdens behov av tandläkare skall bli otillräckligt tillgodosett, får verket till utgången av år 1982 i den utsträckning som behövs föreskriva att tandläkare som avses i punkt 8 ej skall föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa.*

Föreslagen lydelse

7. Tandläkare som vid utgången av år *1982* är uppförd på förteckning som avses i 2 kap 3 § första stycket kvarstår utan särskild anmälan på förteckningen även efter denna tidpunkt. Har han blivit uppförd på förteckningen för viss tid gäller vad nu har sagts ej sedan den tiden gått till ända. *Har tandläkaren blivit uppförd på förteckningen under förutsättning att visst villkor är uppfyllt får han kvarstå så länge villkoret är uppfyllt.*

8. Tandläkare som efter utgången av år *1982* avser att påbörja verksamhet i enskild tandvård *inom en allmän försäkringskassas område* skall föras upp på förteckning som avses i 2 kap 3 § första stycket, om han begär det i samband med att han anmäler verksamheten till *försäkringskassan* eller senare.

Tandläkare som har anställning inom folktandvården eller som arbetar åt folktandvården enligt särskilt avtal skall alltid föras upp på förteckningen, om han vid sidan av verksamheten inom folktandvården även avser att vara verksam i enskild tandvård.

9. *Som förutsättning för att en tandläkare som avses i punkt 8 skall få föras upp på förteckning hos den allmänna försäkringskassan gäller från och med år 1983 till utgången av år 1987 att socialstyrelsen tillstyrker det efter hörande av den landstingskommun eller kommun utom landstingskommun, inom vars område verksamheten avses äga rum. Till-*

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	styrkande kan ske för viss tid eller på visst villkor.
	Beträffande uppförande av tandläkare på förteckning hos Stockholms läns, Malmö och Göteborgs allmänna försäkringskassor skall vad i första stycket sägs gälla till utgången av år 1992.
12. *Talan mot riksförsäkringsverkets beslut i ärende som avses i punkterna 6–10 föres genom besvär hos Konungen.*	12. *Riksförsäkringsverkets beslut i ärende som avses i punkterna 6, 7, 8 och 10 överklagas hos regeringen genom besvär.*
	Socialstyrelsens beslut i fråga om tillstyrkande enligt punkt 9 överklagas hos regeringen genom besvär.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

1 Inledning

1.1 Direktiven

Dåvarande departementschefen, statsrådet Rune Gustafsson, meddelade efter samråd med dåvarande statsrådet Ingegärd Troedsson direktiv för vårt utredningsarbete i anförande till statsrådsprotokollet den 22 december 1977. Som framgår av direktiven (bilaga 1) omfattar utredningsuppdraget en lång rad frågor, vilka kan sammanfattas under följande rubriker:

folktandvårdens utbyggnad
regional fördelning av tandvårdsresurser
privatpraktiserande tandläkares etablering
specialisttandvård
barns och ungdomars anslutning till försäkringen
förebyggande tandvård
tandvård till handikappade
ersättningsreglerna
tandteknikerfrågor
förhandsprövning
administration och statistik

Under utredningsarbetets gång har tilläggsdirektiv (Dir 1978:40 och 1980:20) meddelats till samtliga kommittéer angående finansiering av reformer.

1.2 Tidigare delbetänkande

I vårt delbetänkande "Tandvården i början av 80-talet" (SOU 1979:7) behandlade vi, i avvaktan på slutligt förslag, frågor om folktandvårdens utbyggnad, den regionala fördelningen av tandvårdsresurser, etableringsregeln och ersättningen till tandvårdens huvudmän.

Vi föreslog bl. a. att det av riksdagen 1973 angivna målet för folktandvårdens utbyggnad skulle ligga fast även efter 1979 samt att statsmakternas beslut om medel för att underlätta utbyggnaden av folktandvården skulle tillämpas till utgången av 1982. Dessa medel är etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare, kvotering av tandläkare till folktandvården samt ersättning till folktandvårdens huvudmän. Vi föreslog också vissa åtgärder för en bättre regional fördelning av tandvårdsresurser.

Förslagen i delbetänkandet avsåg åtgärder på kort sikt. Till mer långsiktiga åtgärder skulle vi återkomma i huvudbetänkandet.

Förslagen i delbetänkandet låg till grund för statsmakternas beslut i dessa frågor (prop 1979/80:29, SfU 1979/80:9, rskr 1979:102).

1.3 Utredningsarbetet

För några av de frågor vi utrett har särskilda arbetsgrupper tillsatts. En arbetsgrupp har utrett tandvård åt handikappade. En annan har behandlat frågor rörande förebyggande vård. Den rapport som avlämnats av den sistnämnda arbetsgruppen redovisas i bilaga 6.

Vi har i vårt utredningsarbete haft kontakt bl. a. med socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning och med hälso- och sjukvårdsutredningen. Olika personalorganisationer och handikappgrupper har haft tillfälle att framföra sina synpunkter. Vi har besökt några tandvårdshuvudmän och i samband därmed haft kontakt med företrädare för försäkringskassorna. För att ta del av utländska erfarenheter av tandvårdsförsäkringar företogs hösten 1980 en studieresa till England och Västtyskland. Vissa uppgifter angående tandvårdsförsäkringen i dessa länder lämnas i bilaga 2.

Vi har avgivit yttrande över bl. a. hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande Mål och medel för hälso- och sjukvården (SOU 1979:78).

I detta betänkande redovisar vi inte frågorna om tandvårdsförsäkringens ersättningsregler, förhandsprövning, administration och statistik. Dessa frågor som sammanhänger med varandra utreds fortfarande. De kommer att redovisas i ett särskilt delbetänkande.

1.4 Samhällsekonomiska utgångspunkter

Den svenska tandvården är vid en internationell jämförelse av stor omfattning. Även om stora behov av reparativa ingrepp fortfarande kvarstår bland vissa grupper av försäkrade och i vissa delar av landet, har en del av de behov som fanns uppdämda före den allmänna tandvårdsförsäkringens införande kunnat åtgärdas. Samtidigt har tandstatusen hos barn och ungdomar avsevärt förbättrats. Sammantaget torde detta lägga grunden till en ändrad inriktning av tandvården framöver, från stora och dyrbara reparativa ingrepp till en ökad andel förebyggande och uppföljande tandvård.

Genomförandet av olika samhälleliga insatser ställer krav på hårda prioriteringar och effektivitet. Stora krav på effektivitet måste självfallet också ställas på tandvården och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. De politiska organen måste också ständigt vara beredda att göra prioriteringar mellan olika vårdområden och vårdformer. Kravet på prioriteringar ökar i en situation då samhällsekonomin blir alltmer ansträngd.

För att då kunna göra de nödvändiga prioriteringarna i syfte att anpassa vårdområdenas inriktning och omfattning i förhållande till det totala tillgängliga ekonomiska utrymmet fordras att de politiska organen förfogar över lämpliga styrmedel.

Vi anser att utbildningsvolymen när det gäller tandvårdspersonal är det

kanske viktigaste styrmedlet om man vill förändra utvecklingen av det totala utbudet av tandvård. Om inriktningen är att det allmännas nuvarande reala kostnader för tandvården inte skall öka, tyder det mesta på att nuvarande utbildningsvolym är alltför hög. Statsmakterna har också vidtagit åtgärder för att få konsekvenserna av en minskad utbildningsvolym belyst.

Ett annat sätt att påverka kostnadsutvecklingen inom tandvården är att förändra relationen mellan patientavgifter och samhällets kostnader eller att begränsa de åtgärder för vilka ersättning utgår från försäkringen.

Ytterligare ett annat sätt att styra kostnaderna för tandvården är att införa sådana regler som gör det möjligt för de ansvariga organen att påverka hur stor del av tandvårdspersonalen som med hänsyn till de tillgängliga ekonomiska resurserna skall få arbeta inom försäkringens ram.

Kostnadsutvecklingen kan också begränsas genom andra åtgärder, t. ex. genom att fluor tillsätts i dricksvatten eller genom att våra kostvanor påverkas.

Vi återkommer till frågan om lämpliga styrmedel. En utgångspunkt bör enligt vår mening vara att det inte tillgodosedda tandvårdsbehov som nu kvarstår i första hand bör tillgodoses genom ett effektivare utnyttjande av nu befintliga ekonomiska resurser.

1.5 Övrigt

Inom folktandvården finns det 26 tandvårdshuvudmän, nämligen de 23 landstingen och kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland. Av praktiska skäl använder vi i betänkandet benämningen landsting för samtliga 26 tandvårdshuvudmän således *även* de tre kommunerna som ej ingår i landsting.

2 Nuvarande förhållanden

2.1 1974 års tandvårdsreform

Den tandvårdsreform som i stor enighet beslöts av 1973 års riksdag[1] har haft en genomgripande betydelse för tandvården i vårt land. Reformen bestod av två delar. Den ena var att statsmakterna lade fast ett utbyggnadsprogram för folktandvården samtidigt som landstingskommunerna fick ett lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvård och för all specialisttandvård. Den andra delen var införandet av en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna.

I en ny folktandvårdslag gavs landstingkommunerna vårdansvaret för alla barn och ungdomar i åldrarna t. o. m. 19 år. Tandvården för dessa åldersgrupper skulle vara avgiftsfri genom folktandvårdens försorg. För barn upp till 5 år och ungdomar fr. o. m. 17 år gällde övergångsvis undantag från skyldighet att erbjuda organiserad vård. (Undantaget gällde dock ej specialisttandvård). I enlighet med vad vi föreslog i vårt delbetänkande Tandvården i början av 80-talet (SoU 1979:7) upphörde denna övergångsbestämmelse att gälla vid utgången av år 1980. För närvarande gäller att socialstyrelsen kan medge landstingen undantag från skyldigheten att erbjuda organiserad barn- och ungdomstandvård (se avsnitt 2.2).

I folktandvårdslagen gavs landstingskommunerna vidare ansvaret för specialisttandvården för vuxna. Från denna skyldighet kan socialstyrelsen tills vidare meddela dispens.

Det av statsmakterna fastlagda utbyggnadsprogrammet innebar att folktandvården skulle byggas ut i sådan omfattning att den kunde erbjuda en avgiftsfri organiserad tandvård till samtliga barn och ungdomar t. o. m. 19 års ålder. Det förutsattes också att en samtidig utbyggnad av folktandvårdens vuxentandvård skulle ske på det sättet att tandläkarna i slutet av utbyggnadsperioden använde hälften av sin tid till vuxentandvård. Det angavs att denna i första hand skulle omfatta ca 35 % av vuxentandvården i landet. Målsättningen var att folktandvården skulle tillföras sådana vårdresurser att utbyggnadsprogrammet för barn- och ungdomstandvården kunde fullföljas under 1970-talet. Som vi visade i vårt delbetänkande kunde detta mål inte uppnås – främst på grund av brist på tandläkartimmar. Enligt de beräkningar vi redovisade i delbetänkandet kommer målet i vad det avser barn- och ungdomstandvården men ej vuxentandvården att kunna uppnås någon gång under perioden 1982–1984.

Den allmänna tandvårdsförsäkringen omfattar alla försäkrade fr. o. m. det år då de fyller 20 år – i ett inledningsskede också åldersgruppen 17–19 år i

[1] Prop. 1973:45, SfU 1973:20, rskr 1973:212.

de landsting som inte erbjöd dem organiserad vård. Försäkringen avser alla former av tandvård, inbegripet förebyggande vård, inom såväl folktandvården som hos privatpraktiserande tandläkare som är anslutna till försäkringen.

Målet för tandvårdsförsäkringen angavs i propositionen, 1973:45 med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m. m. vara att skapa lika möjligheter för alla vuxna att få god tandvård till överkomlig avgift.

2.2 Folktandvårdens utbyggnad

I riksdagens ovannämnda beslut om tandvårdsreformen slogs fast att folktandvården skulle byggas ut i sådan omfattning att den kunde erbjuda avgiftsfri organiserad vård till samtliga barn och ungdomar t. o. m. 19 års ålder. Vid full utbyggnad beräknades 95 % av åldersgrupperna 3–16 år och 80 % av åldersgrupperna 17–19 år årligen erhålla fullständig tandbehandling.

För att säkerställa folktandvårdens behov av tandläkare infördes i övergångsbestämmelserna till lagen 1973:456 om ändring i lagen om allmän försäkring ett uppdrag till riksförsäkringsverket att vid behov införa begränsning av möjligheterna för nya tandläkare att bli anslutna till försäkringen. Till en början prövades olika utvägar av frivillig natur för att hindra övergången av tandläkare till privat tandvård. Dessa ledde dock inte till avsett resultat, utan riksförsäkringsverket fann det nödvändigt att tillämpa den ovan nämnda begränsningsregeln. På begäran av landstingsförbundet och socialstyrelsen beslöt verket 1974-06-06 att nya tandläkare inte fick föras upp på förteckningarna. Anmälningar från tandläkare som avsåg påbörja verksamhet i enskild tandvård skulle vila. Verket kunde dock medge dispens om särskilda omständigheter undantagsvis förelåg. Detta skulle gälla t. o. m. utgången av 1974.

Även i fortsättningen har riksförsäkringsverket funnit det nödvändigt att tillämpa begränsningsregeln. För år 1975 föreskrev riksförsäkringsverket att tandläkare i princip fick föras upp på förteckning endast om ersättningsetablering förelåg, dvs. om verksamheten avsåg att ersätta tidigare verksamhet i enskild tandvård. Begränsningsregeln gällde ursprungligen till utgången av år 1975. Efter förslag av riksförsäkringsverket – i samförstånd med tandläkarförbundet – förlängdes den att gälla t. o. m. år 1979. I enlighet med vårt förslag i delbetänkandet har begränsningsregeln sedermera förlängts att gälla t. o. m. utgången av 1982. Dess tillämpning skulle dock omprövas årligen.

För att möjliggöra styrning av folktandvårdens utbyggnad mot en större likformighet landstingen emellan och för att tillse att huvudmännen tillsammans inte tar i anspråk fler tjänster per år än vad nettotillskottet av tandläkare medger infördes fr. o. m. år 1975 ett kvoteringssystem. I vårt delbetänkande föreslog vi vissa ändringar i kvoteringsbestämmelserna. Efter beslut i riksdagen har regeringen uppdragit åt socialstyrelsen att utföra denna kvotering av tandläkartjänster t. o. m. år 1982.

Försäkringsutredningen beräknade att folktandvården skulle vara fullt utbyggd vid 1970-talets slut. I vårt delbetänkande konstaterade vi att så inte

skulle bli fallet. För att barn- och ungdomstandvården snabbare skulle bli tillgodosedd föreslog vi att landstingen fr. o. m. 1 januari 1981 skulle vara skyldiga att erbjuda regelbunden och fullständig behandling även till de åldersgrupper som övergångsvis var undantagna nämligen barn i åldern 3–5 år och ungdomar i åldern 17–19 år. Detta skulle kunna ske på olika sätt, genom utbyggnad, genom omfördelning av arbetstid från vuxentandvård till barn- och ungdomstandvård eller genom samarbete med privatpraktiserande tandläkare. Det skulle emellertid finnas en möjlighet för socialstyrelsen att meddela dispens från denna skyldighet. Statsmakterna beslöt i enlighet med vårt förslag.

För år 1982 är det sannolikt att inget landsting behöver dispens för 18-åringar och endast ett fåtal för 19-åringar. De planer och prognoser som vi redovisade i vårt delbetänkandet tydde på att utbyggnaden av folktandvården i enlighet med 1973 års riksdagsbeslut skulle kunna bli klar under perioden 1982–1984. De redovisade uppgifterna jämte bedömningen för 1982 tyder på att detta kommer att bli möjligt vad avser barn- och ungdomstandvården men ej beträffande vuxentandvården.

2.3 Tandvårdssituationen för de vuxna – regional fördelning

Frågan om lika möjligheter för alla att få tandvård är inte bara en fråga om ekonomiska möjligheter att efterfråga tandvård. Tandvårdsresurserna måste också vara geografiskt fördelade i förhållande till befolkningens behov och efterfrågan. Det måste med andra ord finnas möjlighet att få tid hos en tandläkare för undersökning och behandling. Vid införandet av tandvårdsförsäkringen var tandvårdsresurserna mycket ojämnt fördelade inom landet. Riksdagsbeslutet 1973 innebar en prioritering av utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården.

Som vi ovan framhållit kommer barn- och ungdomstandvården inom något år att vara tillgodosedd över hela landet.

När det gäller vuxentandvården är läget annorlunda. Folktandvården svarar f. n. för 23 % räknat i tandläkartimmar av vuxentandvården (exklusive specialisttandvården). Återstoden av vuxentandvården sköts av privatpraktiserande tandläkare. Utbyggnaden av folktandvården har i någon mån bidragit till en bättre regional fördelning av tandvårdsresurserna. Trots detta står det klart att den ojämna fördelningen av resurser för vuxentandvården inte förändrats nämnvärt efter tandvårdsreformens genomförande.

I tabell 1 visas hur antalet tandläkartimmar per försäkrad, den s. k. tandläkartätheten, varierar mellan olika delar av landet.

Tabellen visar stora skillnader mellan de försäkringskasseområden som innefattar landets tre folkrikaste kommuner å ena sidan och exempelvis Kalmar och Västmanlands län samt norrlandslänen å den andra. Det framgår också att någon nämnvärd förändring inte ägt rum mellan 1975 och 1980.

Det är inte bara den mellanregionala fördelningen av tandläkarresurser som är ojämn. Vi har genom en enkät till samtliga huvudmän för folktandvården undersökt den kommunvisa fördelningen av tandläkartätheten år 1979. För varje huvudman har uppgifter inhämtats om antal tandläkartimmar i vuxentandvård inom distriktstandvården år 1979 för varje

Tabell 1 "Tandläkartäthet"

Försäkringskasseområde	"Tandläkartäthet" tandläkartim/försäkrad								
	Privat tandvård			Distriktstandvård			Totalt		
	1975	1979	1980	1975	1979	1980	1975	1979	1980
01 Stockholms läns	1,36	1,39	1,37	0,18	0,21	0,22	1,54	1,60	1,59
03 Uppsala läns	0,77	0,83	0,82	0,20	0,22	0,24	0,97	1,05	1,06
04 Södermanlands läns	0,81	0,83	0,81	0,20	0,29	0,34	1,01	1,12	1,16
05 Östergötlands läns	0,90	0,89	0,90	0,18	0,21	0,22	1,08	1,10	1,11
06 Jönköpings läns	0,83	0,85	0,84	0,25	0,29	0,34	1,09	1,14	1,18
07 Kronobergs läns	0,74	0,77	0,81	0,25	0,27	0,32	0,99	1,03	1,12
08 Kalmars läns	0,63	0,64	0,68	0,22	0,23	0,28	0,85	0,87	0,95
09 Gotlands	0,72	0,66	0,69	0,31	0,30	0,38	1,03	0,96	1,06
10 Blekinge läns	0,84	0,78	0,78	0,28	0,30	0,37	1,12	1,08	1,15
11 Kristianstads läns	0,98	1,02	1,00	0,30	0,32	0,32	1,28	1,34	1,33
12 Malmöhus	1,10	1,12	1,10	0,32	0,35	0,36	1,42	1,47	1,46
13 Hallands läns	0,98	0,99	0,98	0,26	0,26	0,28	1,25	1,25	1,27
14 Bohusläns	0,75	0,75	0,76	0,33	0,40	0,52	1,08	1,15	1,27
15 Älvsborgs läns	0,74	0,73	0,72	0,25	0,32	0,35	0,99	1,05	1,07
16 Skaraborgs läns	0,71	0,69	0,69	0,23	0,28	0,32	0,94	0,97	1,01
17 Värmlands läns	0,75	0,77	0,77	0,28	0,34	0,49	1,03	1,11	1,26
18 Örebro läns	0,87	0,82	0,82	0,22	0,26	0,32	1,08	1,07	1,13
19 Västmanlands läns	0,75	0,75	0,78	0,16	0,19	0,27	0,92	0,95	1,04
20 Kopparbergs läns	0,61	0,59	0,58	0,31	0,40	0,47	0,92	1,00	1,05
21 Gävleborgs läns	0,64	0,63	0,62	0,27	0,34	0,46	0,90	0,97	1,08
22 Västernorrlands läns	0,56	0,53	0,55	0,34	0,38	0,49	0,90	0,91	1,04
23 Jämtlands läns	0,57	0,58	0,59	0,35	0,42	0,50	0,92	1,00	1,09
24 Västerbottens läns	0,70	0,66	0,65	0,38	0,38	0,52	1,07	1,05	1,17
25 Norrbottens läns	0,38	0,35	0,34	0,52	0,50	0,64	0,90	0,85	0,98
34 Malmö	1,70	1,74	1,64	0,26	0,29	0,36	1,96	2,03	2,00
38 Göteborgs	1,53	1,58	1,56	0,27	0,26	0,31	1,80	1,84	1,87
Hela riket	0,95	0,96	0,95	0,26	0,29	0,35	1,21	1,25	1,30

kommun inom huvudmannaområdet. Antal tandläkartimmar på kommunnivå inom privattandvården har erhållits genom bearbetning av från riksförsäkringsverket erhållna datalistor över privatpraktiserande tandläkares redovisade arbetstid.

Ett flertal faktorer har påverkat säkerheten hos materialet. Beträffande uppgifterna från folktandvården kan nämnas att uppgifterna bygger på tandläkarnas månadsrapporter. I dessa rapporter redovisas tid för barn- och ungdomstandvård för sig och tid för vuxna för sig. I de landsting som 1979 inte omhändertog 17–19-åringar räknas sålunda dessa till gruppen vuxna. Den tid som åtgått för åldersgruppen 17–19 år har i sådana landsting därför fått uppskattas. Osäkerhet föreligger också i materialet avseende privattandvården.

Av undersökningen framgår att ca 60 av landets kommuner år 1979 hade en tandläkartäthet som var lägre än 0,70 tandläkartimmar per försäkrad 20 år och äldre, vilket får anses vara en låg tandläkartäthet. Älvsborgs och Norrbottens landsting hade båda 7 kommuner med en tandläkartäthet lägre än 0,70. Blekinge och Kristianstad är de enda folktandvårdshuvudmän som

vid sidan av Gotland, Malmö och Göteborgs kommuner inte har någon kommun med så låg tandläkartäthet. Det kan vidare noteras att det inom Stockholms län år 1979 fanns fyra kommuner med en tandläkartäthet lägre än 0,70 och fem kommuner mellan 0,70 och 0,80 tandläkartimmar per försäkrad.

I nedanstående tabell redovisas tandläkartätheten per försäkrad 20 år och äldre länsvis samt för de kommuner inom respektive län som har lägst respektive högst tandläkartäthet år 1979. Länssiffrorna avviker något från riksförsäkringsverkets uppgifter om tandläkartäthet för år 1979. En förklaring härtill är att materialen insamlats på skilda sätt.

Av tabellen framgår att stora skillnader föreligger mellan de kommuner som har lägst respektive högst tandläkartäthet inom de olika länen. Det bör uppmärksammas att de insamlade uppgifterna avser år 1979. Särskilt vad

Tabell 2 Antal tandläkartimmar per försäkrad 20 år och äldre länsvis samt kommun med minimi- respektive maximivärde inom respektive län, år 1979

Län	Tandläkartimmar per försäkrad				
	Medel-värde	Minimi-värde	Kommun	Maximi-värde	Kommun
Stockholms län	1,58	0,61	Värmdö	2,24	Stockholm
Uppsala län	1,06	0,44	Håbo	1,27	Uppsala
Södermanlands län	1,11	0,58	Vingåker	1,35	Katrineholm
Östergötlands län	1,16	0,15	Ydre	1,39	Linköping
Jönköpings län	1,20	0,61	Aneby	1,38	Jönköping
Kronobergs län	1,04	0,60	Uppvidinge	1,47	Växjö
Kalmar län	0,90	0,17	Torsås	1,23	Kalmar
Gotlands kommun	0,99				
Blekinge län	1,13	0,79	Olofström	1,27	Karlshamn
Kristianstads län	1,39	0,82	Bromölla	1,65	Ängelholm
Malmö kommun	1,95				
Malmöhus län i övr.	1,45	0,50	Staffanstorp	1,97	Lund
Hallands län	1,25	0,33	Hylte	1,59	Halmstad
Göteborgs kommun	1,80				
Gbg:s o. Bohus län i övr.	1,14	0,39	Orust	1,83	Stenungsund
Älvsborgs län	1,08	0,47	Vårgårda	1,42	Trollhättan
Skaraborgs län	1,01	0,30	Karlsborg	1,33	Mariestad
Värmlands län	1,16	0,21	Storfors	1,71	Karlstad
Örebro län	1,09	0,27	Ljusnarsberg	1,45	Karlskoga
Västmanlands län	1,00	0,26	Surahammar	1,26	Västerås
Kopparbergs län	0,98	0,56	Älvdalen	1,20	Falun
Gävleborgs län	0,93	0,47	Nordanstig	1,16	Gävle
Västernorrlands län	0,93	0,72	Timrå	1,09	Sundsvall
Jämtlands län	0,99	0,43	Bräcke	1,62	Östersund
Västerbottens län	1,02	0,40	Sorsele	1,28	Vännäs
Norrbottens län	0,81	0,28	Jokkmokk	1,08	Luleå

gäller kommuner med lägst tandläkartäthet inom länen kan det vara annorlunda idag. Skälet härtill är att dessa kommuner ofta är små kommuner och att en eller två nya tandläkare till en sådan kommun kan innebära en väsentlig förbättring av tandläkartätheten. Bilden från 1979 torde därför inte vara giltig 1981. De redovisade uppgifterna om tandläkartätheten ger dock endast begränsad information om tillgängligheten till tandläkare. För många personer är det från kommunikationssynpunkt lättare att söka tandläkare i en angränsande kommun än i mantalsskrivningskommunen. Värmdö kommun i Stockholms län är ett exempel på att hänsyn behöver tas till dagbefolkningens storlek vid tandvårdsplanering. Inpendling till arbetsplatser i Stockholm leder till att dagbefolkningen i Värmdö kommun är väsentligt lägre än antalet mantalsskrivna och efterfrågan på tandläkare därmed mindre. Även andra faktorer såsom ålderssammansättningen inom kommunerna påverkar efterfrågan på tandvård och därmed tillgängligheten till tandläkare.

Tandläkartätheten är inte ett entydigt mått på hur tandvårdssituationen är i olika delar av landet. En annan bild av denna skulle tandvårdsköerna kunna ge. I folktandvården fördes redan före försäkringens införande väntelistor över de vuxna patienter som sökte vård men inte kunde beredas sådan. Införandet av tandvårdsförsäkringen medförde en snabbt ökande efterfrågan på tandvård och tandvårdsköer uppstod i hela landet, inte bara till folktandvården. Inte ens i de tandläkartätaste områdena räckte tandläkarresurserna till. Många försäkrade som inte var fasta patienter hos någon tandläkare eller som på grund av flyttning måste skaffa en ny tandläkare hade svårt att överhuvudtaget komma till en tandläkare annat än vid akuta besvär.

År 1975 gjordes en total inventering av folktandvårdens väntelistor. Det visade sig att omkring 600 000 personer fanns uppförda på dessa. Många hade emellertid lyckats få tandvård hos privatpraktiserande tandläkare. Enligt en mycket grov skattning var det 350 000–400 000 som faktiskt efterfrågade tandvård.

Fr. o. m. år 1976 infördes ett system för omhändertagande av nya patienter inom tandvården. Systemet utformades på regeringens uppdrag av riksförsäkringsverket och socialstyrelsen och byggde på ett frivilligt åtagande från tandläkarförbundets sida. Det anmäldes i regeringens proposition med förslag till vissa bestämmelser om den allmänna tandvårdsförsäkringen (prop. 1975/76:44). Som "nya" betraktades patienter som av någon orsak inte hade någon tandläkare att vända sig till. Förmedlingsorgan blev de lokala samrådsgrupperna. I dessa ingår representanter för landstinget, den lokala tandläkarföreningen och försäkringskassan.

Förmedlingen av nya patienter stötte redan under våren 1976 på svårigheter. Systemet fungerade inte på avsett sätt. Försäkringskassornas medverkan vid fördelning av nya patienter upphörde 1979.

Landstingsförbundet och tandläkarförbundet träffade våren 1981 ett avtal om förmedling av tandvårdspatienter. Avtalet är avsett att ligga till grund för lokala avtal mellan landsting och lokala tandläkarföreningar i sådana landsting där såväl folktandvårdshuvudmannen som den lokala tandläkarföreningen är överens om att förmedlingsbehov föreligger. Enligt avtalet bör förmedlingsorgan vara den lokala samrådsgruppen för tandvårdsfrågor eller något av dess underorgan. Vidare bör förmedlingsverksamheten omfatta

patienter som antingen själva vänder sig till förmedlingsorganet eller som vid kontakt med tandläkare vill att deras önskemål om tandvård överlämnas till förmedlingsorganet.

2.4 Tandvårdsförsäkringen

Samtliga tandläkare inom folktandvården och den helt övervägande delen av de privatpraktiserande tandläkarna arbetar inom försäkringens ram. Ersättningen för tandvård som utförs av dessa regleras i tandvårdstaxan. Ersättningsreglerna i taxan omfattar förutom tandläkarbehandling även behandling utförd av profylaxpersonal samt tandtekniska arbeten. Varken profylaxpersonal eller tandtekniker är dock anslutna till försäkringen.

Ersättning från tandvårdsförsäkringen – s. k. tandvårdsersättning – utgår med hälften av kostnaden för tandvården. Resten betalar den försäkrade till tandläkaren i patientavgift. Om kostnaden överstiger en gräns som f. n. är 2 500 kr. under en behandlingsperiod utgör tandvårdsersättningen 75 % och patientavgiften 25 % av den kostnad som ligger över denna gräns. I kostnaden för tandvården inräknas här såväl arvodet för tandläkarbehandling och tandtekniskt arbete som kostnaden för tandtekniskt material.

Tandkirurgiska eller liknande behandlingar, som utförs på odontologisk fakultet, tandsjukvårdscentral eller efter remiss på specialisttandpoliklinik ersätts av försäkringen enligt samma grunder som vid läkarbesök i offentlig vård enligt läkarvårdstaxan, dvs. patienten betalar en enhetsavgift på f. n. 30 kronor per besök.

Samtliga typer av tandbehandling är i princip ersättningsberättigade. Försäkringen ersätter dock enbart sådan tandvård som är odontologiskt motiverad för att åstadkomma ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Överskrider den i förväg beräknade behandlingskostnaden 4 500 kr. skall ett behandlingsförslag upprättas av tandläkaren och prövas av försäkringskassan. Denna s. k. förhandsprövning är en skälighetsprövning av behandlingsförslaget och huvudsyftet är att patienten och försäkringen inte skall belastas med onödiga kostnader. I folktandvården görs en motsvarande prövning inom den egna organisationen.

Tandläkarens arvode beräknas efter en taxa som är en maximitaxa, dvs. den får underskridas men inte överskridas. De högsta arvodesbelopp som tandläkaren får ta ut för olika tandvårdsåtgärder återfinns i bilaga A till tandvårdstaxan. Bilagan är indelad i tre avdelningar, där avdelning A avser åtgärder inom allmäntandvården, avdelning B tandtekniskt arbete och avdelning C specialiståtgärder utförda av specialisttandläkare inom privattandvården. Specialiståtgärder inom folktandvården ersätts antingen som allmäntandvård eller enligt läkarvårdstaxan.

De debiteringsprinciper som använts ansluter sig till de taxor och principer som gällde vid tiden för tandvårdsförsäkringens införande. Följande tre debiteringsprinciper har blandats i tandvårdstaxan: rena styckepriser, styckepriser med latitud och tidsdebitering. Latitudarvodena består av ett normalarvode samt ett lägre och ett eller flera högre arvodesbelopp för sådana behandlingar som mera väsentligt avviker från normalfallet beträffande tidsåtgången. Normalarvodet avses dock täcka flertalet av fallen.

För behandlingen av frågor som rör tandvårdsförsäkringen finns inom riksförsäkringsverket ett rådgivande organ, tandvårdsdelegationen, i vilken ingår representanter för – förutom riksförsäkringsverket – socialstyrelsen, landstingsförbundet, tandläkarförbundet samt tandteknikerförbundet.

Tandvårdstaxan fastställs av regeringen efter förslag från riksförsäkringsverket. Innan taxeförslag läggs fram överlägger företrädare för verket med de i tandvårdsdelegationen ingående representanterna för folktandvårdens huvudmän, tandläkarna och tandteknikerna. Dessa överläggningar sker enligt en särskild överläggningsordning.

Sedan tandvårdstaxan infördes har regeringen höjt arvodesbeloppen i stort sett en gång om året på grund av de kostnadshöjningar som skett. Dessutom har tandvårdstaxan ändrats bl. a. vad gäller beloppsgränserna för högkostnadsskydd och förhandsprövning samt vad gäller ersättningsreglerna för förebyggande åtgärder och tandtekniskt material.

2.5 Tandvårdspersonal

2.5.1 *Tandläkare*

Tandläkarkårens storlek och sammansättning vad gäller ålder och kön framgår av tabell 3. Den har liksom övriga uppgifter angående tandläkarkåren i det följande hämtats från riksförsäkringsverkets tandläkarregister. Under 1980 var antalet yrkesverksamma tandläkare 80 % av antalet legitimerade vid årets utgång. Av de verksamma tandläkarna var 5 % 65 år eller äldre.

Av landets tandläkare var 3 806 verksamma enbart inom folktandvården och 3 829 enbart som privatpraktiserande tandläkare. Därutöver var 427 tandläkare verksamma i såväl folktandvård som i privattandvård. Dessutom tillkommer ett antal privatpraktiserande tandläkare som är verksamma utan att vara anslutna till försäkringen. De har uppskattats till ca 50 stycken.

År 1980 var den genomsnittliga arbetstiden för tandläkare inom privat

Tabell 3 Antal legitimerade tandläkare 1980-12-31 efter ålder och kön

Ålder	Män	Kvinnor	Summa
24	48	70	118
25–29	675	654	1 329
30–34	923	640	1 563
35–39	979	569	1 548
40–44	908	394	1 302
45–49	771	228	999
50–54	575	219	794
55–59	540	232	772
60–64	331	156	487
65–	1 005	421	1 426
Totalt	6 755	3 583	10 338

tandvård 1 619 timmar och för tjänstetandläkare 1 130 timmar per år. Dessa uppgifter avser tandläkare som varit verksamma hela året. Som förklaring till skillnaden i arbetstid mellan privat tandvård och folktandvård nämnde vi följande i vårt delbetänkande.

" . . . kvinnor har en lägre medelårsarbetstid än män. Inom folktandvården är andelen kvinnor 56 % och 16 % i privatpraktik. Dessa förhållanden är en väsentlig förklaring till skillnaden i medelårsarbetstid mellan folktandvård och privattandvård. Personalpolitiska åtgärder inom folktandvården med bl. a. ett stort antal deltidstjänster och partiella tjänstledigheter påverkar också medelårsarbetstiden.

Den reglerade arbetstiden inom folktandvården och den begränsade förekomsten av övertidsarbete leder till att endast ett fåtal av de manliga tandläkarna i folktandvården arbetar mer än 1 700 timmar. Dessa utgör endast omkring 10 % av dem som haft anställning under hela år 1977, enligt riksförsäkringsverkets statistik. Omkring 56 % av manliga privattandläkare redovisar 1 700 timmar eller mer i arbetstid."

Beträffande utbildningskapaciteten i fråga om tandläkare kan nämnas att antalet nybörjarplatser läsåret 1981/82 utgör 420.

2.5.2 *Tandhygienister*

Någon statistik liknande den för tandläkarkåren finns inte beträffande tandhygienisterna. Den arbetsgrupp som reviderat tandvårdspersonalutredningens tidigare framtagna material – den s. k. TPU(r) – redovisade i sin nyligen utarbetade rapport följande beräkning av kårens storlek och åldersfördelning.

Tabell 4 Antal tandhygienister 1980 fördelade efter ålder

Ålder	Antal tandhygienister
–24	10
25–29	142
30–34	207
35–39	164
40–44	134
45–49	70
50–54	21
55–59	3
60–	2
Summa	753

Med något undantag är samtliga tandhygienister kvinnor.

Enligt en enkät som TPU(r) gjorde avseende år 1980 var ca 95 % av hygienisterna yrkesverksamma. Enligt enkäten var 57 % verksamma i offentlig tandvård, 9 % i både privat och offentlig tandvård och 34 % i enbart privat tandvård. Den genomsnittliga arbetstiden uppgick enligt enkäten till 1 230 timmar år 1980. Någon större skillnad antogs inte finnas beträffande sysselsättningsgraden i offentlig och privat tandvård för hygienisterna med hänsyn till deras åldersfördelning.

Antalet intagningsplatser för tandhygienistutbildning är 266 under läsåret 1981/82. För intagning krävs behörighet som tandsköterska.

2.5.3 *Tandsköterskor*

TPU(r) har redovisat vissa uppgifter om de verksamma tandsköterskorna med hjälp av statistik från skilda håll. Dessa uppgifter redovisas i tabellen nedan. Om den icke yrkesverksamma delen av kåren saknas uppgifter.

Tabell 5 Antalet tandsköterskor 1979–1980 fördelade efter ålder och verksamhetsområde

Ålder	Privat anställda (1980)	Offentligt anställda			Summa[a]
		Landsting (1980)	Kommuner (1979)	Staten[a] (1979)	
–24	832	1 702	101	121	2 756
25–29	849	1 851	142	94	2 936
30–34	731	1 260	85	84	2 160
35–39	642	858	54	57	1 611
40–44	445	743	68	} 111	1 312
45–49	302	525	51		933
50–54	214	352	39	} 54	632
55–59	135	239	37		438
60–64	58	107	13	6	184
Summa	4 208	7 637	590	527	12 962

[a] Statistiken över statligt anställda tandsköterskor anger dessa i 10-årsklasser för intervallet 40–60 år. I summakolumnen har antalet i 10-årsklasserna antagits vara jämnt fördelade i resp. 5-årsklass.

Enligt TPU(r) uppgick den genomsnittliga arbetstiden till 1 273 timmar år 1980 för de privat anställda tandsköterskorna. För de landstingsanställda sköterskorna – närmare 60 % av de yrkesverksamma sköterskorna – var årsarbetstiden 1 366 timmar.

Antalet intagningsplatser för tandsköterskeutbildning är 1 348 under läsåret 1981/82. Det kan nämnas att många av de tandsköterskor som examineras tidigare har arbetat som tandsköterskor utan examen.

2.5.4 *Tandtekniker*

I tabell 6 redovisas tandteknikerkårens storlek och sammansättning vad gäller ålder och kön vid utgången av år 1980. Uppgifterna är hämtade från socialstyrelsens register över behöriga tandtekniker.

Utöver de behöriga tandteknikerna finns ett antal tandtekniska biträden. De beräknas uppgå till ca 800. Några uppgifter om yrkes- och sysselsättningsgraden för tandtekniker har inte inhämtats sedan TPU gjorde en undersökning 1978. Antalet yrkesverksamma tandtekniker utgjorde då 89 % av hela antalet tandtekniker. Av de verksamma tandteknikerna var ca 70 % privat verksamma. Den genomsnittliga årsarbetstiden var 1 499 timmar inom

Tabell 6 Antal behöriga tandtekniker 1980 fördelade efter ålder och kön

Ålder	Män	Kvinnor	Summa
–24	72	111	183
25–29	154	183	337
30–34	227	129	356
35–39	232	146	378
40–44	199	97	296
45–49	198	55	253
50–54	163	40	203
55–59	126	46	172
60–	140	54	194
Totalt	1 511	861	2 372

offentlig tjänst och 1 729 timmar inom privat verksamhet.

Antalet intagningsplatser för tandteknisk utbildning uppgår läsåret 1981/82 till 118.

2.5.5 *Relationen mellan personalgrupperna*

Med utgångspunkt från antalet yrkesverksamma inom de olika personalgrupperna 1980 kan följande relationstal framräknas:

tandhygienister per tandläkare	0,08
tandsköterskor per tandläkare	1,57
tandtekniker per tandläkare	0,25

2.6 Specialisttandvård

I 3 § folktandvårdslagen stadgas att landstingskommun även skall svara för specialisttandvård.

I specialmotiveringarna till lagens tredje paragraf anför departementschefen:

"Vårdansvaret för barn och ungdomar innefattar som nämnts även specialisttandvård. I förevarande paragraf åläggs landstingskommunen skyldighet att också svara för specialisttandvård för vuxna som är bosatta inom landstingskommunen. Det förtjänar påpekas att vårdansvaret inte är absolut i den meningen, att den enskilda landstingskommunen i varje särskilt fall skall kunna erbjuda den önskvärda vården. Liksom enligt sjukvårdslagen beror vårdansvaret på de vårdsresurser som kan åstadkommas och på vilken specialisttandvård som är rimlig med hänsyn till utvecklingen på området inom landet."

Enligt en övergångsbestämmelse till lagen kan socialstyrelsen medge undantag ifråga om viss eller vissa specialiteter. För 1981 medgivna undantag framgår av bil. 3.

Enligt kungörelsen (1963:663) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva tandläkaryrket finns det f. n. fem erkända specialiteter nämligen barntandvård, tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsyste-

mets kirurgiska sjukdomar och rotbehandling.

1971 års specialistutredning föreslog i sitt betänkande (DsS 1975:14) två nya specialiteter nämligen oral protetik och odontologisk röntgendiagnostik.

Efter riksdagsbeslut har regeringen numera uppdragit åt socialstyrelsen att efter samråd med bl. a. landstingsförbundet lämna förslag till erforderlig tjänstgöring och även utbildning inom ämnesområdena oral protetik och odontologisk röntgendiagnostik för att tandläkare skall kunna erhålla bevis om specialistkompetens inom respektive ämnesområde.

Vårdansvaret för specialisttandvården får folktandvårdens huvudmän lösa med egna vårdresurser jämte de resurser som de odontologiska fakulteterna och privatpraktiserande tandläkare utgör.

Det alldeles övervägande antalet specialister är numera verksamma inom folktandvården. Ur socialstyrelsens statistik över tandläkarsituationen inom folktandvården är följande uppgifter över antalet *uppehållna* tjänster inom folktandvårdens specialistvård hämtade:

	Heltidstjänster	Deltidstjänster	Summa
73-10-01	322	13	335
74-10-01	337	20	357
75-10-01	376	23	399
76-10-01	397	25	422
77-10-01	437	24	461
78-10-01	483	30	513
79-10-01	514	30	544
80-10-01	529	59	588

Enligt tandvårdsförsäkringens bestämmelser kan privatpraktiserande specialisttandläkare få tillämpa en särskild taxa när de utför åtgärder inom sin specialitet. Denna taxa återfinns i bilaga C till avd. A i tandvårdstaxan.

Av riksförsäkringsverkets statistik framgår att antalet tandläkare som tillämpade specialisttaxan år 1979 var 135. Av dessa redovisade 65 % en arbetstid som understeg 1 400 timmar per år. 43 % arbetade mindre än 700 timmar per år i privatpraktik. I en utredning avseende förhållandena 1978 beräknade riksförsäkringsverket att de privatpraktiserande tandläkarna med rätt att tillämpa specialisttaxan debiterade normalarvode (taxa A) för ungefär 50 % av sin arbetstid. De var således endast under hälften av den arbetade tiden verksamma inom sin specialitet.

Specialisttaxan får enligt övergångsbestämmelserna till tandvårdstaxan endast tillämpas av den som vid utgången av 1972 var verksam i enskild tandvård. Tandläkare som önskade tillämpa specialisttaxan skulle vidare uppge detta i samband med att de anmälde sin verksamhet till försäkringskassan senast 1 september 1973.

2.7 Tandvård till handikappade

Folktandvårdslagen ger landstingen skyldighet att svara för tandvård åt barn och ungdom. Landstingskommunerna skall också svara för specialisttand-

vård för barn och vuxna samt i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning. Omsorgslagen ger landstingen skyldighet att bereda psykiskt utvecklingsstörda tillgång till tandvård. I övrigt har särskilda bestämmelser angående tandvård åt handikappade ej utfärdats.

I proposition (1973:45) om allmän tandvårdsförsäkring framhåller socialministern:

> Det bör ankomma på landstingen att erbjuda tandvård på sina vårdinstitutioner för långtidssjuka och handikappade. Även i övrigt bör den som är ansvarig huvudman för olika typer av institutioner tillse att möjligheter till tandvård i större utsträckning än f. n. är fallet erbjuds de personer som vistas på institutioner. Att detta bör komma till stånd har också fått instämmande från flertalet remissinstanser. I samband med utbyggnaden av folktandvården bör vårdresurser vidare skapas vid vissa distriktspolikliniker så att dessa bl. a. kan ta emot patienter med rörelsehinder.

Det finns vissa handikappade som har särskilda av handikappet betingade svårigheter att få tandvård på vanligt sätt. En del av dessa handikappade vistas på institutioner. De flesta handikappade är i tandvårdshänseende i samma situation som andra. De skaffar sig också tandvård på samma sätt som andra. *Om* kommunen har en väl fungerande färdtjänst och *om* det finns tandvårdsmottagningar som är anpassade till handikappades behov har t. ex. den rullstolsbundne eller synskadade inte större problem i tandvårdshänseende än det stora flertalet människor. Detta är inte unikt för tandvårdssituationen utan gäller även i många andra sammanhang.

Exemplen visar att svårt handikappade inte behöver vara sämre ställda i tandvårdshänseende än andra. Förutsättningen är emellertid, att de allmänna anordningar som alltid måste finnas med tanke på handikappade är tillräckliga och fungerar väl. *Om* de gör det, undanröjs hinder och svårigheter för handikappade att få tillgång till olika slags service i samhället. En väl fungerande socialtjänst är således en avgörande förutsättning för att handikappade skall få tandvård.

Enligt socialtjänstlagen har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Socialtjänsten avser även behovet att kunna få tandvård.

Många handikappade är berättigade till färdtjänst. När det gäller ersättning från den allmänna försäkringen för resekostnader i samband med exempelvis tandvård finns inga särskilda bestämmelser för handikappade.

De grundläggande bestämmelserna om ersättning vid resor finns i 2 kap. 5 och 6 §§ AFL. Närmare bestämmelser om resekostnadsersättning finns i sjukreseförordningen (SFS 1975:964).

Ersättning för resor i samband med tandvård utgår enligt följande grunder:

Den försäkrade har rätt till ersättning för den del av den sammanlagda resekostnaden som vid varje vårdtillfälle överstiger 38 kr. Har vård erhållits av specialist eller specialtandläkare efter remiss från läkare eller tandläkare, utgör dock karensbeloppet 30 kr;

Ersättningen får inte vara större än vad som skulle ha utgått vid besök hos närmaste tandläkare, som kunnat bereda den försäkrade vård inom försäkringens ram;

Ersättningen beräknas efter billigaste färdsätt som går att använda med

hänsyn till patientens hälsotillstånd;

Om patientens hälsotillstånd eller ålder kräver att någon följer med på resan, kan också följeslagarens resekostnader ersättas;

Om övernattning måste ske i samband med resa för tandvård, kan ersättning för övernattningskostnader utgå med högst 55 kr per natt.

2.8 Tandteknisk verksamhet

Arvode för tandtekniskt arbete och kostnaden för tandtekniskt material ersätts av försäkringen enligt samma regler som gäller för tandläkarens arvode (se avsnitt 2.4).

Den del av kostnaden för tandvård som den försäkrade skall betala – den s. k. patientavgiften – betalas direkt till tandläkaren. I de fall tandtekniskt arbete ingår, betalar patienten även sin del av kostnaden för detta arbete (inkl. material) till tandläkaren. Detta belopp räknas sedan av från den ersättning, som utbetalas till tandläkaren från försäkringskassan.

Tandteknikern debiterar arvode och material för tandtekniskt arbete på en särskild faktura. Fakturan attesteras av tandläkaren, som sänder in den till försäkringskassan tillsammans med sin räkning för månaden. Överstiger beloppet på fakturan 300 kronor får den sändas in även om patienten inte är färdigbehandlad. Hela ersättningen för tandteknikerns arbete utbetalas direkt till tandteknikern från försäkringskassan. Utbetalningen sker en gång per månad.

Viss kontroll sker av de tandtekniska fakturorna. Skulle försäkringskassan finna att tandteknikern debiterat för högt belopp på en faktura, gör försäkringskassan i princip motsvarande avdrag vid den månatliga utbetalningen av tandvårdsersättning till tandläkaren. Endast tandläkaren kan besvära sig om försäkringskassan sätter ned arvodet för det tandtekniska arbetet. Denna ordning sammanhänger med att tandteknikern – till skillnad från tandläkaren – inte är ansluten till tandvårdsförsäkringen. Gentemot försäkringen är det tandläkaren som svarar för att arvodet för tandvården inberäknat det tandtekniska arbetet inte överstiger de belopp som anges i tandvårdstaxan. Tandteknikern är inte taxebunden. I praktiken följer han dock taxan.

Från och med 1 januari 1981 gäller att enskilda tandtekniska laboratorier godkänns av socialstyrelsen. Bestämmelser härom återfinns i förordningen (1980:1070) om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier. Som förutsättning för godkännande uppställs där vissa minimikrav på kompetens hos personalen.

Fr. o. m. 1 juli 1981 utgår ersättning från den allmänna försäkringen för arbete som utförts vid enskilt tandtekniskt laboratorium endast om laboratoriet godkänts av socialstyrelsen. En bestämmelse om detta finns i 6 § tandvårdstaxan (1973:638).

2.9 Kostnader för tandvården 1979

I delbetänkandet gjorde vi en beräkning av kostnadsutvecklingen inom tandvården 1974–1977. I nedanstående tabell visar vi kostnaderna för 1979. I dessa innefattas arvode för behandling hos tandläkare (inkl. specialister), tandhygienister och tandsköterskor samt arvode för tandtekniskt arbete. Vidare innefattas landstingens nettokostnader för folktandvården[1] och kostnaderna för tandtekniskt material. Däremot har varken kostnader för utbildning av tandvårdspersonal eller kostnaderna för försäkringskassornas administration av tandvårdsförsäkringen, folktandvårdens centrala administration m. m. medtagits.

Enligt tabellen har tandvården år 1979 kostat totalt ca 3,6 miljarder kr. Försäkringens kostnader under samma år uppgår till ca 1,9 miljarder. Folktandvårdens nettokostnader – inkl. specialisttandvården – beräknas ha uppgått till drygt 0,9 miljarder kr. Återstående 0,8 miljarder kr. motsvarar patientavgifterna.

Totalt har vuxentandvården kostat ca 2,9 miljarder kr. och barntandvården ca 0,7 miljarder kr.

Kostnaderna inom tandvården år 1979[a] (Milj. kr.)

	Försäkringsersättning	Patientavgifter	Folktandvårdens nettokostnad	Summa
Privattandvård	1 161	656	–	1 817
därav				
tandläkare				1 328
tandtekn. arbete				324
tandtekn. material				165
Folktandvård	686	144	943[e]	1 773
därav				
Distriktstandvård	590[c]	144	578	1 312
vuxentandvård[b]	270	144	151	565
barntandvård	320	–	427	747
Specialisttandvård m. m.	96[d]		365	461
Fakultetstandvård m. m.	11	7	–	18
Summa kostnader	1 858	807	943	3 608

[a] Kostnaderna har skattats med hjälp av uppgifter från riksförsäkringsverkets tandläkarregister, patientregister och utbetalningsstatistik samt med hjälp av landstingsförbundets kostnads-/intäktsundersökning avseende år 1979. Kostnaderna har så långt möjligt periodicerats.

[b] Kostnaderna för vuxentandvården innefattar kostnader för tandtekniskt arbete och material, även då arbetet utförts av privat laboratorium.

[c] I försäkringsersättningen är innefattat ett belopp på 52 milj. kr. avseende ersättning enligt 19 § tandvårdstaxan.

[d] Avser både försäkringsersättning och patientavgifter. Del av ersättningen har utgått enligt läkarvårdstaxan och inte enligt tandvårdstaxan.

[e] Motsvarar landstingets kostnader år 1973.

[1] Landstingets nettokostnader för folktandvården är sådana kostnader för barn- och ungdomstandvård som ej täcks av den statliga ersättningen respektive sådana kostnader för vuxentandvården som ej täcks av tandvårdstaxan. När det gäller barn- och ungdomstandvården betalar staten endast ca 30 % av kostnaderna för barn i åldern 6–16 år.

2.10 Planerings- och prognosmaterial

Landstingens tandvårdsplanering bedrivs numera enligt ett enhetligt system. Planeringen sker i tre olika tidsperspektiv: lång, medellång och kort sikt.

Den långsiktiga planeringen sker i form av principplaner. Den omfattar 10–15 år framåt. Principplaneringen syftar till att klarlägga problem, formulera mål och ange verksamhetens inriktning och utveckling på längre sikt. Där diskuteras också de resurser, i första hand personella och ekonomiska, som krävs för att uppnå målen.

Den medellånga planeringen sker i femåriga verkställighetsplaner. Där anges den närmare utvecklingen av verksamheten vad beträffar innehåll, personal och kostnader. Sammanställningar av denna verkställighetsplanering redovisas av landstingsförbundet och socialstyrelsen i de årliga LKELP-publikationerna (LKELP = landstingskommunal ekonomisk långtidsplanering). De långa och medellånga planerna är föremål för årlig översyn.

Planeringen på kort sikt sker i årsbudgeten. Den är föremål för bindande beslut.

Enligt 3 § folktandvårdskungörelsen skall huvudmännen fastställa en plan över folktandvården i området. Av planen skall framgå indelning i tandvårdsdistrikt, tandpoliklinikernas art, antal och belägenhet samt antalet tandläkartjänster. Enligt punkt 5 i övergångsbestämmelserna till folktandvårdslagen (SFS 1973:457) skall huvudmännen också redovisa den utbyggnad av folktandvården, som behöver ske enligt folktandvårdslagen.

Planeringen av folktandvården sker på samma sätt som för hälso- och sjukvården i övrigt. Hos en del huvudmän ingår den som en del av hälso- och sjukvårdsplaneringen. Hos andra sker planeringen av folktandvården, skild från hälso- och sjukvårdsplaneringen i övrigt.

Landstingen lämnar årligen rapporter till socialstyrelsen beträffande distriktstandvården. Där redovisas bl. a. antalet tandläkartimmar och antalet patienter inom barn- resp. vuxentandvården. Sammanställningar och bearbetningar av dessa uppgifter görs av socialstyrelsen. Vidare lämnar landstingen uppgifter två gånger om året för socialstyrelsens personalstatistik.

Riksförsäkringsverket tar fram statistik, som grundar sig på såväl löpande statistiska redovisningar som särskilda undersökningar. Den löpande statistiken grundar sig huvudsakligen på verkets patientregister och tandläkarregister.

Patientregistret innehåller uppgifter om ett urval patienter, som behandlats av tandläkare efter tandvårdsförsäkringens genomförande. Den statistik som baseras på patientregistret används främst för uppföljningen av tandvårdsförsäkringen med avseende på exempelvis vårdstyrande effekter i tandvårdstaxan och hur stor del av befolkningen som får tandvård.

Tandläkarregistret lades upp år 1975. Det innehåller uppgifter om alla tandläkare med svensk legitimation. Den statistik som baseras på tandläkarregistret kan indelas i ekonomisk statistik och allmän statistik. Den ekonomiska används som underlag vid överläggningarna om tandvårdstaxans nivå. Den allmänna statistiken belyser tandläkarkårens sammansättning

och verksamhet och förändringarna däri. Den används främst för uppföljning av tandläkarsituationen och som underlag för prognoser över tandvårdsresursernas utveckling.

2.11 Samverkan mellan landstingen och de privatpraktiserande tandläkarna

Inför tandvårdsreformens genomförande inleddes diskussioner mellan landstingsförbundet, kommunförbundet och tandläkarförbundet om bl. a. vårdsamverkan för barn och vuxna. Dessa resulterade i att landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund i en gemensam skrivelse rekommenderade landstingen och de lokala tandläkarföreningarna att inrätta s. k. samrådsgrupper. Representanter för försäkringskassorna borde också inbjudas att delta i samrådsgruppernas verksamhet.

Samrådsgrupper finns inrättade i samtliga landsting. Förutom folktandvården och den lokala tandläkarföreningen är försäkringskassan representerad i samtliga grupper utom en. Landstingen representeras i samtliga samrådsgrupper av tandvårdschefen och, med undantag för tre landsting, även av politiskt valda förtroendemän. Landstingen svarar oftast för ordförande- och sekretariatsfunktionerna. I sex samrådsgrupper svarar försäkringskassan för sekreterarfunktionen.

Samrådsgrupperna bygger sin verksamhet på informell grund och är ett rådgivande organ till landsting, försäkringskassa och lokal tandläkarförening. Grupperna utgör också ett forum för ömsesidig information om aktuella tandvårdsfrågor inom landstingskommunen.

En enkät som landstingsförbundet gjort våren 1981 visar att samrådsgrupperna sammanträtt regelbundet i samtliga landsting. Antalet protokollförda sammanträden 1974–1980 varierar från 85 till 13 med ett medelvärde på 30.

Under åren har två frågor dominerat nämligen yttrande beträffande ersättningsetablering av privatpraktiserande tandläkare och fördelning av nya patienter.

Alltsedan början av år 1975 inhämtar försäkringskassorna yttrande från den lokala samrådsgruppen i ärenden rörande ersättningsetablering av privatpraktiserande tandläkare. Denna ordning infördes efter förslag från tandvårdsdelegationens s. k. obs-grupp (observationsgrupp över tandläkarsituationen inom folktandvården m. m.). I denna grupp ingår representanter för riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet.

Fr. o. m. 1976 infördes efter överläggningar mellan riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet ett system för fördelning av nya tandvårdspatienter. Förmedlingsorgan blev de lokala samrådsgrupperna. I samrådsorganen har även frågor såsom samverkan i jourverksamhet, samverkan när det gäller barntandvård och specialisttandvård förekommit i stor utsträckning.

Som tidigare nämnts träffade landstingsförbundet och tandläkarförbundet våren 1981 ett centralt avtal om förmedling av tandvårdspatienter. I de fall

där landstinget och den lokala tandläkarföreningen är överens om att förmedlingsbehov föreligger träffas lokalt avtal. Enligt det centrala avtalet bör den lokala samrådsgruppen eller något av dess underorgan vara förmedlingsorgan.

3 Utvecklingen efter tandvårdsreformen

3.1 Tandvårdsförsäkringens mål

Kungl. Maj:ts proposition nr 45 år 1973 innehöll dels förslag om införande av en allmän tandvårdsförsäkring, dels förslag till folktandvårdens reglering i en folktandvårdslag. Samtidigt lades fast ett program för en omfattande utbyggnad av landstingens folktandvård under 1970-talet.

Målet med tandvårdsförsäkringen var att skapa lika möjligheter för alla vuxna medborgare att få god tandvård till överkomlig avgift. Det främsta syftet var således att undanröja ekonomiska hinder för medborgarna att söka tandvård. Lika möjlighet att få en god tandvård innebar också ett krav på tillgänglighet, dvs. att den som söker tandvård skall kunna få behandling inom rimlig tid var i landet han än är bosatt.

Försäkringen innebar även en satsning på förebyggande vård. Departementschefen uttalade: "Jag anser det väsentligt att förebyggande åtgärder inryms i försäkringen så att möjligheter skapas att förbättra individens tandhälsa. I jämförelse med förekommande utländska försäkringssystem innebär detta en viktig principiell skillnad som kan ge den svenska försäkringen en särskilt framåtsyftande innebörd."

Enligt riksdagsbeslutet var målet med folktandvårdens utbyggnad att i första hand alla barn och ungdomar i åldern 6–16 år skulle få regelbunden och fullständig tandvård. Före 1970-talets utgång skulle alla barn och ungdomar i åldern 3–19 år få sådan vård, samtidigt som folktandvården skulle svara för ca 35 % av vuxentandvården.

Nedan beskrivs i vilken mån målen har kunnat nås under de sju åren efter försäkringens införande.

3.2 Folktandvården

Barn- och ungdomstandvården har byggts ut hos alla huvudmän. Dock nåddes inte målet att tandvården skulle kunna ta hand om samtliga barn och ungdomar med utgången av år 1979. Trots att antalet tandläkare inom folktandvården ökat i planerad omfattning har antalet tandläkartimmar i folktandvården inte blivit så stort som beräknat. Skälen för detta har vi beskrivit i vårt delbetänkande.

Enligt den prognos vi redovisade i delbetänkandet kommer barn- och ungdomstandvården att vara fullt utbyggd under perioden 1982–1984. Det kommer dock sannolikt att dröja ytterligare några år innan folktandvårdens

Tabell 7 Tandläkartäthet och procentuella andelen folktandvård av vuxentandvården räknat i tandläkartimmar år 1979

Försäkringskasseområde	Tandläkartim./ försäkrad	%
Stockholms läns	1,60	14
Uppsala läns	1,05	20
Södermanlands läns	1,12	23
Östergötlands läns	1,10	20
Jönköpings läns	1,14	26
Kronobergs läns	1,03	26
Kalmar läns	0,87	26
Gotlands	0,96	31
Blekinge läns	1,08	28
Kristianstads läns	1,34	24
Malmöhus	1,47	23
Hallands läns	1,25	19
Bohusläns	1,15	34
Älvsborgs läns	1,05	31
Skaraborgs läns	0,97	29
Värmlands läns	1,11	32
Örebro läns	1,07	22
Västmanlands läns	0,95	24
Kopparbergs läns	1,00	37
Gävleborgs läns	0,97	32
Västernorrlands läns	0,91	39
Jämtlands läns	1,00	38
Västerbottens läns	1,05	33
Norrbottens läns	0,85	56
Malmö	2,03	12
Göteborgs	1,84	10
Hela riket	1,25	23

andel av vuxentandvården mätt i tandläkartimmar kommer att ha nått upp till ca 35 %. Den uppskattas för närvarande uppgå till 23 %.

Som framgår av tabell 7 är variationerna stora över landet. I endast 4 landsting låg folktandvårdens andel av vuxentandvården år 1979 på eller över 35 %. Den högsta andelen – 56 % – hade Norrbottens läns landsting. I samtliga storstadsområden låg andelen år 1979 under 15 % av vuxentandvården.

3.3 Lika möjlighet till tandvård till överkomlig avgift

Större delen av de statistiska uppgifter som används i detta avsnitt har tagits fram med hjälp av riksförsäkringsverkets patientregister. Patientregistret bygger på ett urval av de tandvårdsräkningar som privattandläkarna skickar in till försäkringskassan. Folktandvården, som inte behöver skicka in räkningarna till kassan, skall lämna statistikunderlag för de patienter som tillhör urvalspopulationen.

Medan bortfallet av uppgifter rörande privattandvården torde vara helt försumbart har inrapporteringen från folktandvården varit ofullständig från försäkringens början.

Bortfallet har ökat under årens lopp och beräknas för år 1979 uppgå till omkring 45 %. Av denna anledning redovisas här i regel endast uppgifter rörande privattandvården. I några fall lämnas dock uppgifter som innefattar även folktandvården. Dessa uppgifter är justerade för bortfallet och bör betraktas som approximationer.

3.3.1 *Patientens avgift*

Införandet av tandvårdsförsäkringen syftade till att sänka de försäkrades avgifter för tandvård med i princip hälften. Vid kostnader överstigande för närvarande 2 500 kronor ersätter försäkringen tre fjärdedelar.

För folktandvården tillämpades före tandvårdsförsäkringen patientavgifter som var starkt subventionerade av huvudmännen. Folktandvårdspatienter erhöll av denna anledning i regel inte någon avgiftsminskning utan snarare en viss avgiftshöjning.

Den sänkta avgiften medförde – såsom avsett – en stimulans av tandvårdsefterfrågan. I tabell 8 visas dels arvodet, dels avgiften per patient och år för åren 1969, 1974 och 1979. Redovisningen avser endast privattandvården och har skett i 1979 års priser.

Uppgifterna avseende år 1969 är något osäkra. Trots detta kan konstateras att privattandvårdspatientens årliga avgift endast minskade obetydligt efter försäkringens införande. Patienten erhöll emellertid för denna något sänkta avgift tandvård som i arvode räknat var mer än dubbelt så omfattande som före försäkringen. Fastän någon sänkning av folktandvårdspatientens avgift inte ägt rum tycks en viss ökning av vårdefterfrågan per patient ha skett även inom folktandvården. Folktandvårdspatientens genomsnittliga tandvårdsavgift per person och år var räknat i 1979 års priser år 1969 ca 100 kronor och år 1974 ca 200 kronor. Att avgifterna inom folktandvården är så mycket lägre än inom privattandvården hänger ihop med bland annat folktandvårdens patientsammansättning. Så är till exempel andelen akuttandvård mycket högre än inom privattandvården.

Mellan åren 1974–1979 har tandvårdsarvodet och patientavgiften per

Tabell 8 Tandvårdsarvode och patientavgift per behandlad patient åren 1969, 1974 och 1979.[a] Privattandvården

	År		
	1969[b]	1974[c]	1979[c]
Arvode, kronor	295	675	665
Patientavgift, kronor	295	286	264

[a] Beloppen har med hjälp av konsumentprisindex räknats om till 1979 års priser.
[b] Enligt hushållsbudgetundersökningen 1969.
[c] Enligt riksförsäkringsverkets patientstatistik.

person och år endast förändrats marginellt om man räknar i fasta priser. Detta gäller både privattandvård och folktandvård. Sedan 1979 har tandvårdsförsäkringen ändrats på ett antal punkter. Ändringarna avser ersättningsnivån för förebyggande vård och för helprotes samt ersättningen för visst tandtekniskt material.

3.3.2 *Tandvårdsresursernas fördelning*

Lika möjlighet till tandvård är inte bara en fråga om ekonomiska möjligheter. Vi har tidigare visat att tandvårdsresurserna för vuxna är ojämnt fördelade över landet. Antalet privatpraktiserande tandläkare har genom etableringskontrollens utformning i stort sett hållits oförändrat på samtliga orter. Då 77 % av vuxentandvården, mätt i tandläkartimmar, meddelas av dessa står det klart att den regionala fördelningen inte kunnat nämnvärt påverkas efter tandvårdsförsäkringens införande. Det är i stort sett endast folktandvårdens utbyggnad som i någon mån bidragit till utjämningen.

Det finns inte några jämförbara uppgifter om hur stor andel av den vuxna befolkningen som fått tandvård per år före respektive efter försäkringens införande. Enligt Eriksen & Håkansson[1] har andelen behandlade snarast minskat efter försäkringen. Enligt en delbearbetning av levnadsnivåundersökningarna 1968 och 1974[2] ökade andelen något från 1968 till 1974. Mot bakgrunden av att behandlingarnas omfattning per patient fördubblades då försäkringen trädde i kraft, samtidigt som vårdresurserna var begränsade, kan antas att tandvårdsförsäkringen åtminstone till att börja med utnyttjades till helt övervägande del av personer som erhöll mer eller mindre regelbunden tandvård även före år 1974.

Under åren 1974 till 1979 steg andelen vuxna 20 år eller äldre som behandlats per år i privat- och folktandvård från 47 till 52 %. Ett okänt antal av dessa vuxna fick dock inte någon fullständig behandling utan endast akuttandvård.

Eftersom det inte är samma patienter som behandlas år för år kan det vara intressant att visa hur stor andel av de vuxna som kommit till tandläkaren under en längre tidsperiod. Av tabell 9 framgår att 74 % av den vuxna

Tabell 9 Procentuell andel av den vuxna befolkningen som fått tandvård under åren 1976–1979. Fördelning efter patientens ålder och antalet år som vård har erhållits. Privat- och folktandvård

Ålder år 1974	Samtliga 4 år	3 av 4 år	2 av 4 år	1 av 4 år	Ett eller flera år
20–29	17	24	25	30	96
30–39	20	24	21	23	88
40–49	20	22	20	22	84
50–59	17	18	17	23	74
60–69	12	11	12	22	57
70-w	5	5	7	10	27
Samtliga vuxna	16	18	17	23	74

Källa: Specialkörning av riksförsäkringsverkets patientregister.

[1] Tor Eriksen & Jan Håkansson: "Tandläkarbesök och tandläkarbehandling av karies och parodontit i Sverige under åren 1974–1979".

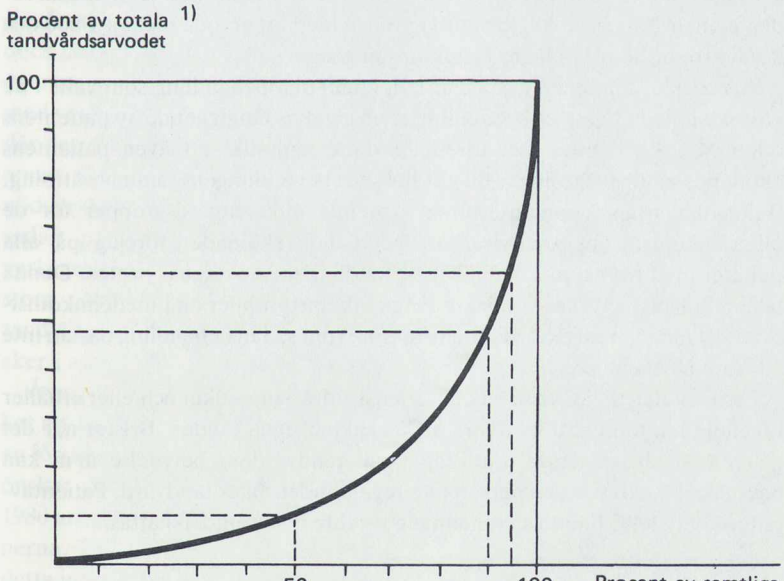
[2] "Vårdkonsumtion och välfärd".

befolkningen behandlats minst en gång under fyraårsperioden 1976–1979. Drygt 50 % behandlades minst två av åren och 16 % behandlades årligen. Det är okänt i vilken utsträckning det rörde sig om fullständiga behandlingar eller om akuttandvård.

Ett sätt att studera tandvårdsresursernas fördelning över landet är att se hur stor tandvårdsersättningen för både folk- och privattandvård är per försäkrad inom de olika försäkringskasseområdena. Man finner då att skillnaderna är mycket stora. Som framgår av bilaga 4 var den genomsnittliga ersättningen lägst i Gävleborgs län med 158 kronor per försäkrad och högst i Malmö kommun med 373 kronor, dvs. mer än dubbelt så mycket.

De flesta patienterna inom tandvården erhåller relativt korta behandlingar. Detta kan belysas med hjälp av nedanstående diagram. Av diagrammet framgår att 50 % av privattandvårdspatienterna år 1979 behandlades inom ramen för ca 10 % av det totala inom privattandvården debiterade arvodet det året. 90 % av patienterna förbrukade mindre än hälften av resurserna. Däremot krävde behandlingen av de 5 % av privattandvårdspatienterna som fick den mest omfattande vården omkring 40 % av resurserna. Enligt uppgifter i TPU:s rapport nr III erhåller ca en fjärdedel av de patienter som ett år haft mycket omfattande behandling relativt omfattande behandling även under följande år.

Utnyttjandet av tandvårdsförsäkringen är fortfarande ojämnt inom olika befolkningsgrupper. Även i områden med hög tandläkartäthet besöker många vuxna personer inte regelbundet tandläkaren. Dessa personer finns i klart högre utsträckning inom befolkningsgrupperna med lägre inkomster



1) I tandvårdsarvodet ingår arvode för behandling av tandläkare, tandhygienist och tandsköterska samt arvode för tandtekniskt arbete. Kostnaderna för visst tandtekniskt material ingår ej.

och lägre utbildning. En förklaring till detta förhållande kan i viss mån vara det faktum att tandläkarna efter försäkringens införande i första hand tillgodosett det vårdbehov och den vårdefterfrågan som deras tidigare patienter hade. Före försäkringens ikraftträdande erhölls tandvård framförallt av personer inom de högre inkomstskikten.

För att närmare visa hur tandvårdsförsäkringen utnyttjas inom olika befolkningsgrupper har vi låtit ta fram ett särskilt material från riksförsäkringsverkets patientregister. De framtagna uppgifterna avser män i åldrarna 30–59 år fördelade efter beräknad inkomst från förvärvsarbete (sjukpenninggrundande inkomst). Resultaten redovisas närmare i bilaga 5.

Bearbetningen visar att män med låga inkomster besökt tandläkare – inom både folktandvård och privattandvård – i klart lägre utsträckning än män i högre inkomstklasser. Skillnaderna mellan inkomstgrupperna gäller framförallt revisionsbehandlingar. Både akut- och saneringsbehandlingar förekom åtminstone upp till 50 års ålder i ungefär samma omfattning. Däremot förekom år 1979 endast ca 15 revisionsbehandlingar per 100 försäkrade med inkomster under 10 000 kronor mot 50 revisionsbehandlingar per 100 försäkrade med en årsinkomst över 80 000 kronor. Förhållandet var i stort sett detsamma i samtliga redovisade åldersgrupper.

Männen i den lägsta inkomstklassen hade ett tandvårdsarvode som i genomsnitt låg ca 19 % över den högsta inkomstgruppens genomsnittsarvode trots att de inte behandlats lika regelbundet som männen med högre inkomster.

Det fanns inte någon större skillnad mellan inkomstgrupperna när det gäller förekomsten av mycket korta behandlingar med ett arvode upp till 100 kronor samt frekvensen av mera omfattande behandlingar med ett arvode överstigande 2 500 kronor. Däremot var andelen män med tandvårdsarvoden mellan 100 och 1 000 kronor lägre och med ett arvode mellan 1 000 och 2 500 kronor högre ju lägre årsinkomsten var.

Arvodesfördelningen avspeglar i viss mån den behandling som valts i de enstaka fallen. Valet av behandling styrs givetvis långtgående av patientens odontologiska behov. Det förefaller dock sannolikt att även patientens ekonomiska förutsättningar till viss del styrt behandlingens sammansättning. Behandlingarnas sammansättning avseende olika åtgärdsgrupper för de olika inkomstgrupperna visar att betydande skillnader förelåg på alla punkter men främst när det gäller behandling med avtagbar protes. Denna behandling var mycket vanligare i låga inkomstgrupper än i medelinkomstskikt. Bland män med höga inkomster förekom sådan behandling nästan inte alls före 60 års ålder.

Ett av skälen till att vissa vuxna – främst äldre – inte söker och/eller erhåller regelbunden tandvård kan vara att de saknar egna tänder. Brister när det gäller tandvårdsresurser, kunskaper om tandvårdens betydelse m m kan också ligga bakom att en person inte regelbundet söker tandvård. Patientavgiftens betydelse i detta sammanhang får inte heller underskattas.

3.4 Etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare

Enligt den s. k. begränsningsregeln i punkt 9 i övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen om allmän försäkring får riksförsäkringsverket föreskriva att tandläkare inte får bli uppförda på försäkringskassornas förteckningar, om verket finner anledning antaga att folktandvårdens behov av tandläkare skall bli otillräckligt tillgodosett. Begränsningsregeln har förlängts två gånger sedan tandvårdsreformens genomförande och gäller för närvarande till och med år 1982.

I samband med tandvårdsreformens genomförande skedde en övergång av tandläkare från folktandvården till privat tandvård. Detta ledde till att riksförsäkringsverket – sedan 1974-06-06 – efter begäran av socialstyrelsen och landstingsförbundet – beslöt att nya tandläkare inte fick föras upp på förteckningarna. Anmälningar från tandläkare som avsåg påbörja verksamhet i enskild tandvård skulle vila. Verket kunde medge dispens om särskilda omständigheter undantagsvis förelåg. Detta gällde t. o. m. utgången av år 1974.

Från och med år 1975 har riksförsäkringsverket sedan meddelat föreskrifter som innebär att tandläkare i princip fått föras upp på förteckning endast om ersättningsetablering förelegat, dvs. om den verksamhet tandläkaren avsett påbörja ersatt tidigare verksamhet i enskild tandvård. Avsikten har varit att privatpraktikerkåren på detta sätt skall hållas oförändrad till sin storlek, medan nettotillskottet tandläkare styrs över till folktandvården. Genom socialstyrelsens kvotering av folktandvårdstjänster fördelas sedan dessa tandläkare mellan landstingen.

Riksförsäkringsverkets nuvarande föreskrifter om etableringsbegränsning återfinns i verkets kungörelse RFFS 1979:38, som förlängts att gälla t. v. dock längst t. o. m. 1982. Av dessa föreskrifter framgår att tandläkare som övertar en tidigare verksamhet i privat tandvård får föras upp på förteckning med verkan endast så länge han bedriver verksamhet uteslutande på den ort där den tidigare verksamheten bedrivits, om inte synnerliga skäl föranleder annat. Denna regel om ortsbundenhet infördes 1978 sedan verket funnit det nödvändigt att förhindra att tandläkare övertog en tandläkarmottagning och sedan påbörjade verksamheten på en annan ort än där den tidigare verksamheten bedrivits. Det hade nämligen visat sig att detta kunde medföra stora olägenheter för mindre orter som på detta sätt kunde bli utan tandläkare. Någon ortsbundenhet gäller inte i de fall ersättningsetablering sker i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö.

Även om inte ersättningsetablering föreligger, medger riksförsäkringsverket att tandläkare, som är uppförda utan ortsbundenhet på förteckning hos en försäkringskassa, får bli uppförda hos en annan försäkringskassa, om de så önskar. I enlighet med vårt förslag i delbetänkandet gäller från och med år 1980 att sådan flyttning inte får ske in till de tidigare nämnda storstadsregionerna. På grund av begränsningsregelns nuvarande utformning gäller dock detta inte tandläkare som påbörjat verksamhet i privat tandvård före 1976.

Enligt riksförsäkringsverkets föreskrifter får tandläkare, som avser att bedriva verksamhet i privat tandvård vid sidan av heltidstjänstgöring inom folktandvården föras upp på förteckning av försäkringskassan med verkan så

länge hans tjänstgöringstid inom folktandvården bibehålls oförändrad. Även i vissa andra sammanhang medger verket att tandläkare får bli uppförda på förteckning under omständigheter som i praktiken innebär en begränsning av tandläkarens verksamhet i privat tandvård. Under vissa förutsättningar får tandläkare också bli uppförda under viss begränsad tid, t. ex. för att vikariera för privatpraktiserande kollega, som är sjuk eller ledig i samband med barns födelse. Tandläkare kan också i andra fall bli uppförda på förteckning – med eller utan begränsning – på grund av synnerliga skäl t. ex. nyetablering i utpräglade bristområden.

Föreskrifterna om etableringsbegränsning omprövas årligen av riksförsäkringsverket. Dessförinnan behandlas de i verkets tandvårdsdelegation. I delegationen ingår bl. a. representanter för socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet. En särskild arbetsgrupp – den s. k. obsgruppen – som tillsatts av delegationen har utarbetat riktlinjerna för verkets nuvarande regler om etableringsbegränsning. Obsgruppen har också utvärderat dessa regler. Dessutom medverkar obsgruppen fortlöpande vid handläggningen hos verket av ärenden, som rör uppförande av tandläkare på försäkringskassornas förteckningar. I dessa ärenden inhämtas f. ö. alltid yttrande från den lokala samrådsgruppen för tandvårdsfrågor i vederbörande landsting.

Efter det etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare började tillämpas i juni 1974 skedde en mindre ökning av antalet tandläkare, som var anslutna till tandvårdsförsäkringen utan begränsning. Denna ökning var av tillfällig natur. Sedan mitten av år 1976 har antalet legat på ungefär samma nivå som i utgångsläget (juni 1974). Antalet tandläkare som uppförts på förteckningarna med begränsning av olika slag har dock ökat stadigt hela tiden.

Under åren 1974–1980 har antalet arbetstimmar i privat tandvård utvecklats på följande sätt. Statistiken bygger på uppgifter som de privatpraktiserande tandläkarna redovisat till riksförsäkringsverket.

År	Timmar
1974	6 053 000
1975	6 015 000
1976	6 022 000
1977	6 034 000
1978	6 152 000
1979	6 160 000
1980	6 264 000

Som synes har antalet arbetstimmar i stort sett varit oförändrat på privatpraktikersidan under den tid etableringsbegränsningen gällt.

3.5 Kvoteringssystemet

Ett viktigt mål i 1973 års riksdagsbeslut om tandvården var utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården. Då beslutet togs var det stor skillnad mellan landstingen i utbyggnaden av denna vård. Det kvoteringsbeslut som

Tabell 10 Socialstyrelsens kvoteringar 1975–1981 (maj). Antal tandläkartjänster som totalt fått tas i anspråk (kvot) av huvudmännen

1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981 t.o.m maj	S:a
167	7	64	69	109	153	154	723

tillämpats sedan år 1975 har varit ett medel att ge de minst utbyggda landstingen förutsättningar för en snabbare utbyggnad av barn- och ungdomstandvården samtidigt som expansionen kunnat hållas tillbaka för dem som nått längst.

I vårt delbetänkande redogjorde vi närmare för hur socialstyrelsen utformat och tillämpat kvoteringssystemet. En värdering av systemet visade

Tabell 11 Socialstyrelsens kvoteringar 1975–1981 (maj). Antal tandläkartjänster som fått tas i anspråk (kvot). Fördelning efter huvudmannaområde

Huvudmannaområde	Antal tjänster som fått tas i anspråk 1975 t.o.m maj 1981
Stockholms län	130
Uppsala län	13
Södermanlands län	20
Östergötlands län	52
Jönköpings län	23
Kronobergs län	30
Kalmar län	33
Gotlands kommun	8
Blekinge län	16
Kristianstads län	25
Malmö kommun	2
Malmöhus län i övrigt	16
Hallands län	12
Göteborgs kommun	4
Gbg:s o Bohus län i övr	10
Älvsborgs län	59
Skaraborgs län	43
Värmlands län	12
Örebro län	5
Västmanlands län	52
Kopparbergs län	30
Gävleborgs län	46
Västernorrlands län	26
Jämtlands län	11
Västerbottens län	25
Norrbottens län	20
Summa	723

att det bidragit till avsedd regional omfördelning av de tillkommande tandläkarresurserna.

Vi föreslog i delbetänkandet att den principiella uppbyggnaden av kvoteringssystemet skulle bibehållas. Det borde dock kompletteras med en regel som begränsade antalet vikariat, i första hand i landstingsområden med odontologisk fakultet. Alltefter som utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården fullföljdes i de olika landstingen borde vidare behovet av en jämnare fördelning av tandvårdsresurser för vuxna kunna beaktas vid kvoteringarna. Riksdagen beslöt i december 1979 i huvudsak i enlighet med våra förslag.

Som en utgångspunkt för den fortsatta framställningen lämnas i tabellerna 10 och 11 några översikter över socialstyrelsens beslut 1975–1981 (maj). I tabell 10 beskrives hur många tjänster som landstingen totalt medgivits rätt att ta i anspråk under resp. år. Av tabell 11 framgår hur stor kvot resp. huvudman fått under hela perioden.

Det framgår att Stockholms, Östergötlands, Kronobergs, Kalmar, Älvsborgs, Skaraborgs, Västmanlands, Kopparbergs och Gävleborgs läns landsting fått 30 eller fler anställningsmöjligheter under perioden. Av tabell 12 framgår att dessa landsting med undantag av de två sistnämnda hade en låg utbyggnadsgrad inom barn- och ungdomstandvården år 1976. Beträffande Kopparbergs och Gävleborgs läns landsting avsåg kvoten också att förbättra vårdsituationen för vuxna i glesbygdsområden.

En värdering av systemet visar att enbart förekomsten av detta synes ha påverkat huvudmännens utbyggnadsplaner. De huvudmän som nått längst i utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården torde, i medvetenhet om att kvoteringen avsåg att hålla tillbaka deras expansion till förmån för mindre väl utbyggda landsting, ha bromsat upp sin fortsatta utbyggnad. Det är emellertid inte möjligt att värdera denna indirekta effekt för sig.

Socialstyrelsen har följt utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården genom att år för år registrera procentuell andel fullständigt behandlade barn och ungdomar. I tabell 12 har landstingen rangordnats med avseende på utbyggnadssituationen år 1976. Västmanland hade den lägsta utbyggnadsgraden av alla. Tretton landsting låg under 70 % fullständigt behandlade 3–19-åringar. År 1980 är det bara ett landsting som inte nått denna nivå, Västmanlands och Älvsborgs läns landsting har ökat med över 20 procentenheter.

Mera direkta mått på tillväxten är antalet tandläkare och antalet tandläkartimmar. Mellan 1976 och 1980 ökade fyra av de fem minst utbyggda landstingen med mer än 40 tandläkare. Av övriga landsting har endast ytterligare ett kunnat öka så mycket. Fyra av de fem landstingen har under studerad period ökat med mer än 40 000 timmar. Endast två andra landsting har nått så stor ökning.

Kvoteringssystemet innebär som visats sålunda en viss regional omfördelning av tandläkarresurser. Omfördelningen har främst avsett utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården. I samband därmed har emellertid, som följd av att tjänstetandläkarna arbetar både inom barn- och vuxentandvård, en viss förstärkning av vuxentandvården ägt rum. Hittills har den dock varit av ringa omfattning. Under år 1980 och 1981 har dock anställningsmöjligheter i ett ökat antal fall fördelats till landsting för utbyggnad av

Tabell 12 Jämförelse mellan 1980 och 1976 (huvudmannaområdena rangordnade) avseende den procentuella andelen fullständigt behandlade barn och ungdomar i åldersgruppen 3–19 år

Huvudmannaområde	% fullständigt beh. 1976	% fullständigt beh. 1980	Diff. 80–76
Västmanlands län	50,82	71,60	+20,78
Älvsborgs län	58,58	81,26	+22,68
Stockholms län	59,61	72,35	+11,74
Kalmar län	61,00	74,29	+13,29
Skaraborgs län	61,70	66,66	+ 4,96
Blekinge län	61,90	78,46	+16,56
Kristianstads län	64,41	73,21	+ 8,80
Östergötlands län	66,52	76,17	+ 9,65
Värmlands län	67,34	93,94	+26,60
Uppsala län	69,14	73,69	+ 4,55
Gävleborgs län	69,36	88,62	+19,26
Göteborgs kommun	69,44	89,82	+20,38
Södermanlands län	69,86	87,01	+17,15
Kronobergs län	71,05	79,83	+ 8,78
Malmöhus län i övr.	71,51	91,02	+19,51
Jämtlands län	71,90	80,45	+ 8,55
Kopparbergs län	72,08	86,61	+14,53
Malmö kommun	74,64	89,73	+15,09
Jönköpings län	76,09	93,01	+16,92
Örebro län	77,31	80,60	+12,29
Gotlands kommun	77,48	85,87	+ 8,39
Västernorrlands län	81,11	92,58	+11,47
Gbg:s o Bohus län i övr.	81,23	94,14	+12,91
Hallands län	92,69	93,13	+ 0,44
Västerbottens län	94,30	97,00	+ 2,70
Norrbottens län	96,29	96,65	+ 0,36
Hela riket	69,63	82,81	+13,18
Minimivärde	50,82	66,66	+ 0,36
Maximivärde	96,29	97,00	+26,60

vuxentandvården. Den förändring av vikariatsregeln som infördes 1980 har medfört en viss omfördelning av vikariaten så att landstingen utanför fakultetsområdena haft lättare att tillsätta vikariat. Också denna omfördelning har varit till förmån för de vuxna – men hittills knappast med mätbar effekt på den regionala fördelningen av tandläkartätheten.

En värdering av erfarenheterna av kvoteringen bör också omfatta själva det administrativa förfarandet. Valet att styra tillväxten via fördelning av tandläkarresurser i stället för tjänster som i läkarfördelningssystemet synes ha medfört vissa prognosproblem under de första åren. Dessa har berörts i vårt delbetänkande. Sedan dessa problem bättre kunnat bemästras måste systemet anses ha fungerat bra. Landstingens tillämpning av systemet synes vara förhållandevis okomplicerad. Uppföljningen i form av månatlig rapportering av anställda och entledigade tandläkare till socialstyrelsen är ej tidskrävande. I huvudsak synes huvudmännen ha följt socialstyrelsens beslut och anvisningar inom ramen för systemet.

4 Förebyggande tandvård

4.1 Tandsjukdomarna karies och parodontit

De båda vanligaste tandsjukdomarna är karies (tandröta, hål i tänderna) och parodontit (tandlossning). Genom förebyggande tandvård (tandhälsovård) söker man både förhindra att sjukdomarna uppkommer och att de återkommer efter utförd tandsjukvård. Det är också möjligt att genom rätt utförd tandhälsovård bota, framför allt tandlossningssjukdomar i tidiga stadier. Begreppen förebyggande tandvård och tandhälsovård använder vi i det följande som synonyma begrepp.

Karies och parodontit drabbar praktiskt taget hela befolkningen och båda tandsjukdomarna debuterar tidigt. Redan vid 4–5-årsåldern har minst hälften av befolkningen karies och tandköttsinflammation (gingivit), ett förstadium till parodontit. Man kan med en grov schematisering säga att tandförluster i yngre år orsakas av karies, medan parodontiten förorsakar de flesta tandförlusterna hos äldre människor.

Man vet idag i huvudsak hur och varför karies och parodontit uppkommer. Karies uppkommer främst genom att bakterier i munhålan omvandlar födans kolhydrader – särskilt socker – till syror som löser ut kalksalter i tandens ytskikt. Den dominerande orsaken till tandlossning är felaktig eller bristfällig munhygien som inte avlägsnar de inflammationsframkallande bakteriebeläggningarna (placken).

Undersökningar på barn och vuxna visar att 60–100 % av alla 7-åringar har gingivit och att 15–16 % av alla 15-åringar visar förlust av tandfäste vid någon tand. 50–80 % av den vuxna befolkningen har symptom på parodontit vid en eller flera tänder.

Obehandlad parodontit leder med tiden till tandförluster. Processen går förhållandevis långsamt och är därför ganska omärklig för patienten. Som nämnts är parodontit huvudorsaken till tandförluster hos äldre. Det är dock svårt att närmare ange hur många av de äldres tandförluster som beror på parodontit resp. karies. Till en del sammanhänger detta med att tandförluster ofta orsakas av en samverkan mellan de båda tandsjukdomarna.

För att ersätta förlorade tänder krävs vanligen omfattande tandläkaråtgärder i form av brokonstruktioner eller avtagbara proteser.

4.2 Kostens, munhygienens och fluorens betydelse

Tandsjukdomarna kan begränsas genom förhållandevis enkla åtgärder avseende de tre faktorerna kost, munhygien och fluor. Vissa moment kan genomföras i grupp men flertalet kräver egna insatser av den enskilde. För många människor har det visat sig vara mycket svårt att följa de råd och anvisningar om tandhälsovård som meddelats dem. Här spelar utbildning, attityder och sociala faktorer en väsentlig roll.

Den mest angelägna kariesförebyggande åtgärden är att undvika socker och sockerhaltiga produkter. Mot bakgrund av olika undersökningar och omfattande klinisk erfarenhet har den odontologiska kosträdgivningen främst inriktats på att motverka småätande av sockerhaltiga produkter mellan måltiderna. Dessa strävanden har emellertid inte rönt särskilt stor framgång. Medan den totala sockerförbrukningen i landet minskat har förbrukningen av konfektyrer ökat betydligt sedan mitten av 1950-talet.

Den viktigaste åtgärden mot parodontit är att regelbundet avlägsna bakteriebeläggningar från tandytorna. Så länge inflammationen endast berör själva tandköttet kan en fullständig läkning erhållas på detta sätt. Då såväl mjukvävnader som käkben har angripits av inflammation kan sjukdomen inte läka ut men väl hedjas genom enkla munhygieniska åtgärder. Den dagliga tandborstningen har en kariesförebyggande betydelse om fluorhaltig tandkräm används vid rengöringen. Ca 80 % av försåld tandkräm har fluortillsats.

Tillförseln av fluor har stor kariesförebyggande betydelse och motverkar även indirekt parodontit eftersom antalet fyllningar och därmed antalet placksamlande skarvar mellan fyllningar och tand minskar. Fluor kan tillföras på två olika sätt. Det ena är systemiskt, dvs. till hela organismen genom föda och dryck, fluortabletter eller dylikt. Det andra är lokalt, dvs. genom att man penslar, borstar eller sköljer tandytan med fluorhaltiga beredningar.

Den mest kända och bäst dokumenterade metoden för kollektiv förebyggande tandvård för hela befolkningen är vattenfluoridering. Närmare 200 miljoner människor över hela världen dricker vattenverksfluoriderat vatten. Antalet kommer troligen att öka snabbt, inte minst därför att Världshälsoorganisationen (WHO) åren 1969, 1975 och 1978 rekommenderade att dricksvatten – där så är möjligt – skall fluorideras om det inte har en från kariesprofylaktisk synpunkt önskvärd fluorhalt. I avsnitt 5.4 redovisas kortfattat fluorberedningens betänkande "Fluor i kariesförebyggande syfte" (SOU 1981:32).

Saliven kan fälla ut skyddande mineralsalter på tandytan. Genom kontinuerlig systemisk tillförsel av fluor blir salivens fluorhalt något förhöjd vilket medför att saliven kan reparera syraskadad tandyta snabbare. Man använder numera i enlighet härmed fluorbehandling för att läka ut tidiga kariesskador i emaljen. Utan fluorens hjälp måste sådana skador vanligen borras upp och lagas. Det har visat sig att kariesskadade områden som reparararerats av saliven är avsevärt mera motståndskraftiga mot syra än omkringliggande partier av emaljen.

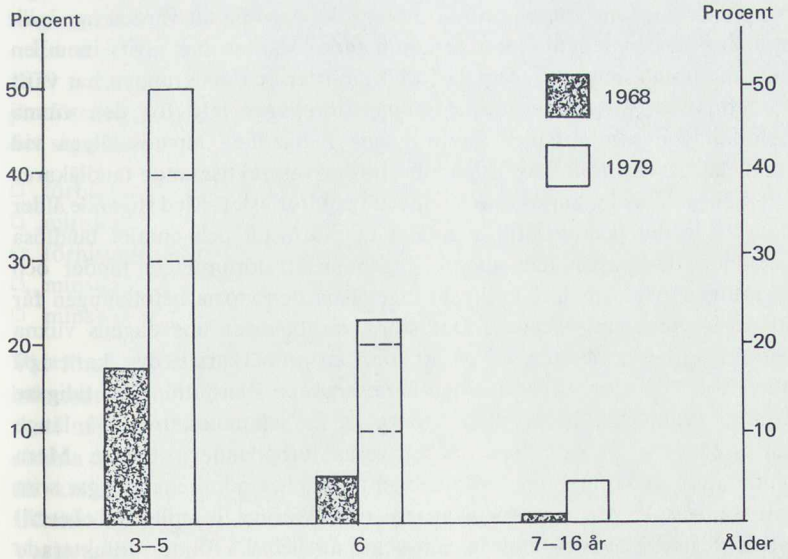
Den lokala fluortillförseln genom pensling, sköljning eller borstning medför en temporär höjning av salivens fluorhalt, en temporär höjning av

fluorhalten i placken samt en mer eller mindre temporär inlagring av fluor i tandens yttersta skikt. Den lokala fluorbehandlingen måste därför upprepas ofta för att ge effekter av samma slag som systemisk fluortillförsel. Lokal fluorbehandling (fluorsköljning, pensling, tandkräm, lackning) har haft betydande del i att kariesfrekvensen bland barn och ungdom gått ned kraftigt i hela landet under 1960- och 1970-talet.

4.3 Förebyggande tandvård inom barn- och ungdomstandvården

Inom folktandvården har sedan lång tid tillbaka olika metoder använts för att minska uppkomsten av karies och parodontit hos barn och ungdomar. Kollektiva åtgärder såsom organiserade fluorsköljningar och klassvis organiserad tandhälsoinformation används inom skolorna. Praktiskt taget alla svenska skolbarn får kollektivt genomförda fluorsköljningar i skolan var eller varannan vecka. Till förskolebarn i åldern 1/2–6 år föreskrivs fluortabletter som komplement till dricksvattnets fluorhalt. Individuell information till föräldrar vid mödravårdscentral och barnavårdscentral ger förutsättningar för god tandhälsovård redan i småbarnsåldern. För speciellt sjukdomsaktiva barn och ungdomar i 3–19-årsåldern finns program med individuella åtgärder såsom professionell tandrengöring med lokal fluorbehandling samt anpassad undervisning i munhygien m. m.

Resultatet av detta förebyggande arbete inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård har blivit en väsentligt sänkt kariesfrekvens i dessa åldersgrupper. Hälften av de svenska förskolebarnen har nu ett tillfredsställande tandtillstånd. Hos skolbarnen är det med stigande ålder mer och mer sällsynt med helt kariesfria bett. Bland 16-åringar har ungefär en på hundra helt oskadade tänder. I figur 1 redovisas utvecklingen av den procentuella



Figur 1 Procentuell andel kariesfria barn av fullständigt behandlade år 1968 resp. 1979. Fördelning efter patientens ålder.

År 1968 resp. 1979 erhöll 13 resp. 67 % av 3–5-åringarna, 53 resp. 84 % av 6-åringarna och 78 resp. 86 % av 7–16-åringarna fullständig behandling.

Källa: Årlig rapport från huvudmännen till socialstyrelsen.

andelen kariesfria barn av fullständigt behandlade år 1968 resp. 1979. Den goda utveckling som figuren illustrerar har bidragit till att medelbehandlingstiderna successivt minskat, vilket i sin tur medverkat till att allt fler barn och ungdomar kunnat erbjudas behandling.

Inom den organiserade tandvården för barn och ungdom har de förebyggande åtgärderna mot tandsjukdomarna systematiserats och programmerats för att passa såväl de olika åldersgruppernas behov som landstingens personella och ekonomiska resurser. Socialstyrelsen presenterade 1978 ett tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom som är uppbyggt kring fyra faktorer – sjukdomsinformation, kostrådgivning, munhygien och användning av fluor. Programmet i sin helhet eller delar av det har sedan lång tid använts i folktandvården och visat sig vara genomförbart och ge positiva resultat. Avsikten med programmet som är utformat som ett ramprogram är att medverka till ytterligare förbättringar av den tandhälsovård som ges till barn och ungdom inom folktandvårdens ram. Det omfattar dels basprofylaktiska åtgärder, dvs. åtgärder som meddelas alla utan behovsprövning, dels individuella åtgärder som tilläggsprogram till patienter som har eller antas få hög benägenhet för tandsjukdomar. För barn och ungdom som finns samlade i skolor kan de basprofylaktiska åtgärderna genomföras kollektivt och består då främst av upplysningsverksamhet, munhygieninstruktion och klassvisa fluorsköljningar. Ju effektivare de kollektiva basprofylaktiska metoderna är desto mindre blir den grupp som är i behov av individuell tilläggsbehandling. Avvägningen mellan basprofylax och tilläggsprogram är av stor ekonomisk betydelse eftersom tilläggsprogrammen är betydligt kostsammare. Socialstyrelsen har även presenterat grundläggande anvisningar i tandhälsovård för handikappade barn, ungdomar och yngre vuxna.

4.4 Tandhälsovård för vuxna

De positiva resultat av de förebyggande åtgärderna som har uppnåtts inom barn- och ungdomsgruppen torde till stor del bero på att vården har varit systematisk och regelbundet återkommande. Vården har givits inom en enhetlig organisation efter ett fastställt mönster och målgruppen har varit väldefinierad. Liknande förutsättningar föreligger inte för den vuxna befolkningen som erhåller förebyggande behandling huvudsakligen vid tandläkarbesök i folktandvården eller hos privatpraktiserande tandläkare.

I många fall leder karies som nämnts till tandförluster. Med stigande ålder ökar både det genomsnittliga antalet tandförluster och antalet tandlösa personer. 30-åringen har sålunda i genomsnitt förlorat tre tänder och 50-åringen arton tänder. Praktiskt taget hela den vuxna befolkningen får successivt nya kariesskador. Det stora vårdbehovet hos dagens vuxna befolkning beror till stor del på att förutom primärkaries, dvs. karies på tidigare felfria ytor, utvecklas nya kariesangrepp i anslutning till tidigare utförda fyllningar, broar eller kronor, s. k. sekundärkaries. Så länge kariesskadorna är små kan de repareras förhållandevis enkelt. Mera omfattande kariesangrepp fordrar ibland komplicerade behandlingar som rotfyllningar, kronor m. m. och kan leda till besvärliga följdtillstånd eller till tandförluster. Tandsjukdomarna har också medicinska följder. Infekterade tandrötter ger ofta upphov till akuta eller kroniska sjukdomstillstånd i

omgivande vävnader. Motiven för särskilda tandhälsovårdsinsatser för vuxna är sålunda uppenbara.

Kollektiv förebyggande tandvård för vuxna förekommer knappast. Behandlingen är nästan alltid individuell. Ett begränsat försök med regelbunden systematisk tandhälsovård för vuxna, som har genomförts i Karlstad, har dock visat att en intensifierad insats av förebyggande tandvård kan nedbringa frekvensen av både karies- och parodontitsjukdomar hos vuxna. Någon slutlig utvärdering av försöket, som har pågått under lång tid har ännu ej gjorts.

Socialstyrelsen har nyligen utarbetat ett tandhälsovårdsprogram för vuxna. Avsikten med programmet är att stimulera och underlätta tandhälsovårdsinsatserna för vuxna. Programmet förutsätts bli tillämpat av såväl tandläkare inom folktandvården som de privatpraktiserande förutsatt att de inte redan tillämpar längre gående program för den förebyggande vården. Det har samma principiella uppbyggnad som motsvarande program för barn och ungdomar, dvs. bygger på basprofylaktiska åtgärder och på tilläggsprogram.

4.5 Företagstandvård

Någon kollektiv förebyggande tandvård bedrivs som nämnts inte för den vuxna befolkningen med undantag för ett fåtal företag som bedriver viss företagstandvård. Kockums varv i Malmö öppnade år 1973 en tandklinik på varvet. Kliniken fick redan från början en inriktning på tandhälsovård. Samtliga patienter undersöks vid kliniken av tandläkare en gång per år och får då den tandläkarbehandling som behövs. Dessemellan följer patienterna ett program för recidivprofylax med kontroll hos tandhygienist eller tandsköterska var 3:e månad. Besöket tar 30 minuter och omfattar professionell tandrengöring och erforderlig instruktion i munhygieniska åtgärder. Det har visat sig att flertalet av de patienter, som tidigare haft tillgång till tandläkare, önskat få hela sin tandvård utförd vid kliniken.

En utvärdering av verksamheten vid Kockums presenterades i december 1979 i form av en doktorsavhandling (Göran Söderholm, 1979). Vid jämförelser med förhållandet innan patienterna började på kliniken visade det sig att tandvårdsprogrammet efter 3–4 års verksamhet lett fram till

- förbättrad munhygien
- minskad förekomst av tandsten
- förhindrad fortsatt nedbrytning av tändernas benfästen
- minskat antal nya kariesskador och
- minskat antal tandförluster.

Vid företaget Skandia i Göteborg startades våren 1977 ett försök med information om tandhälsovård för företagets personal. Verksamheten har skett med hjälp av s. k. tandskyddsombud. Personalen utsåg inom sig 18 sådana tandskyddsombud, vilka sedan fick 6 timmars utbildning i orsakerna till karies och parodontit samt hur dessa sjukdomar kan förebyggas. Utbildning av ombuden skedde vid odontologiska fakulteten i Göteborg. Varje tandskyddsombud gav sedan på arbetsplatsen tandhälsoinformation

för grupper om 6 till 8 personer. Intresset hos personal och företagsledning blev så stort, att en speciell tandhälsovårdsklinik inrättades. Vid denna arbetar tandhygienist och profylaxtandsköterska under överinseende av tandläkare.

Kliniken har i dag merparten av företagets anställda registrerade som patienter. Avsikten är att kliniken i första hand skall syssla med förebyggande tandvård, varför 3/4 av patienterna också har kvar sina tidigare privata tandläkare. Tandskyddsombudens uppgifter har helt övertagits av kliniken.

Hittills genomförda uppföljningar tyder på att verksamheten vid kliniken under ca 2 år medverkat till en klart förbättrad tandhälsa hos de anställda. Verksamheten vid Kockums och Skandia beskrivs närmare i den i bil. 6 redovisade rapporten från profylaxgruppen "Mål och metoder inom vuxentandvården" i underbilagorna 1 a resp. 1 b. I underbilagorna 1 c och 1 d beskrivs företagstandvården på Götaverken och på SKF i Göteborg.

4.6 TPU:s förslag om förbättrad tandhälsovård

Socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning (TPU) redovisar i sitt slutbetänkande "Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal" (Ds S 1979:9) olika skäl för en framtida inriktning av tandvården mot större andel förebyggande vård. TPU hävdar att om den nuvarande förekomsten av tandsjukdomarna karies och parodontit hos den vuxna befolkningen radikalt skall kunna minska måste väsentligt mer förebyggande åtgärder än nu och avsedda för alla vuxna, sättas in. En sådan förändrad inriktning av tandvården bedömer utredningen som minst lika viktig som att tandvården får ökade resurser. Utredningens bedömningar i detta avseende fick starkt stöd av remissinstanserna. I avsnitt 5.2 redogör vi kortfattat för TPU:s arbete och förslag.

Vi vill här dock nämnda att TPU föreslår att såväl tandhygienister som tandsköterskor skall ges utvidgade arbetsuppgifter. Remissinstanserna stödde TPU:s förslag.

I propositionen till riksdagen i oktober 1979 (Prop. 1979/80:29) anförde föredragande statsrådet bl. a. följande:

> "Jag finner det vara angeläget att en ökad satsning på förebyggande åtgärder och ett bättre utnyttjande av knappa tandvårdsresurser stimuleras. Mot denna bakgrund ansluter jag mig till utredningens förslag att genom en ändring i behörighetslagen skapa formella förutsättningar för en ökad delegering av arbetsuppgifter från tandläkare till tandhygienister och till olika kategorier av tandsköterskor."

Regeringen har senare bemyndigat socialstyrelsen att meddela föreskrifter om utbildning av den som skall biträda behörig utövare av tandläkaryrket och om i vilken utsträckning den som genomgått utbildningen får lämna sådant biträde. Nya föreskrifter från socialstyrelsen som ger tandhygienister och tandsköterskor utvidgade arbetsområden gäller från den 1 januari 1982.

4.7 Samhällsekonomiska effekter

Utvärderingar av den förebyggande tandvårdens samhällsekonomiska effekter har visat sig svåra att genomföra. Flera studier har dock utförts.

Tandläkare Björn Klock har i en 2-årsstudie på 655 barn visat bl. a. att kariesaktiviteten hos riskpatienter kan minskas radikalt med en adekvat profylax. Dessutom visar han att en profylaxinriktad tandvårdsklinik var väsentligt billigare att driva än en konventionell klinik.

Vid Odontologiska Institutionen i Jönköping pågår f. n. en studie av effekten av olika åtgärdsprogram mot karies och parodontit hos unga vuxna. Resultat av en cost-benefitanalys väntas under 1982.

Nationalekonomen, docent Ernst Jonsson, Stockholm, har på fluorberedningens (S 1977:13) uppdrag studerat vilka samhällsekonomiska vinster man kan förvänta om man inför vattenfluoridering i vårt land. Han har redovisat sitt arbete i rapporten "Lönar det sig att tillsätta fluor i dricksvattnet? – En samhällsekonomisk utvärdering av perioden 1981–2025" (SOU 1980:13).

Jonsson konstaterar att vattenfluoridering har en betydligt större kariesförebyggande effekt än hittills utförd förebyggande tandvård (huvudsakligen fluorbehandling). I förhållande till nuläget skulle en vattenfluoridering innebära att

- karies i mjölktänderna minskar med ca 35 %
- karies i permanenta tänder minskar med nära 40 % i skolåldern och med ca 25 % i vuxen ålder
- kariesangreppen minskar med sammanlagt 30 % under individens livstid.

Enligt de beräkningar som Jonsson ufört skulle en introduktion av vattenfluoridering i Sverige 1981 ge en nettointäkt till år 2025 på omkring två miljarder eller ca 165 milj. kronor per år, räknat i 1979 års penningvärde. Fluoridering av samtliga kommunala vattenverk, vilka tillsammans når ca 80 % av befolkningen, skulle ge en intäkt på fyra kronor per satsad krona eller totalt ca 165 milj. kronor per år. Om bara de 200 största vattenverken tillsätter fluor får man en avkastning som är 16 gånger insatsen. Trots att man i det senare fallet bara når 62,5 % av befolkningen blir den sammanlagda vinsten nästan lika stor som när samtliga vattenverk medtas eller ca 160 milj. kronor per år.

Beräkningar avseende hittillsvarande kollektiva och individuella fluorprofylax, som främst omfattar barn och ungdom, visar också lönsamhet. Ernst Jonsson har uppskattat vinsten till 1:80 per satsad krona.

5 Aktuellt utredningsarbete

Under år 1979 avlämnades tre rapporter och betänkanden som har betydelse för vårt utredningsarbete. Socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning avlämnade sin slutrapport till socialdepartementet i juni 1979 (Ds S 1979:9). I september 1979 avlämnade utredningen Fredstandvård 80 sitt betänkande Tandvård i fred för värnpliktiga (SoU 1979:70). I oktober slutligen avlämnade Hälso- och sjukvårdsutredningen sitt betänkande Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till hälso- och sjukvårdslag.

Vidare kom fluorberedningen med sitt betänkande "Fluor i kariesförebyggande syfte" (SOU 1981:32) i maj 1981. I juni samma år avlämnade sjukreseutredningen sitt betänkande Sjukresor – samordning och förenkling (SOU 1981:35).

I september 1979 uppdrog regeringen åt socialstyrelsen att utreda sjukhustandvårdens omfattning m. m.

5.1 Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU)

Hälso- och sjukvårdsutredningen föreslår en ramlag för hälso- och sjukvården. Enligt denna skall hälso- och sjukvården verka för en god hälsa hos hela befolkningen. På varje landsting ankommer att

- bära ansvaret för att främja hälsan hos dem som är bosatta i landstinget och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem
- se till att hälso- och sjukvård är lätt tillgänglig för befolkningen i landstinget
- planera hälso- och sjukvård med utgångspunkt från befolkningens behov
- i planeringen ta med även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget
- i planeringen samarbeta med samhällsorgan, organisationer och enskilda

I specialmotiveringarna sägs att landstingskommunen skall svara för en orsaksinriktad totalplanering av sjukvården inom sitt område. Enligt HSU avses härmed ett allmänt planeringsansvar. Någon speciell form för uppfyllandet av detta ansvar, t. ex. att översikts- eller detaljplaner skall upprättas eller att detta måste ske i vissa tidsperspektiv sägs inte.

Planeringen skall också avse den sjukvård som erbjuds av andra.

Landstingen skall alltså i sin planering ta med den vård som tillhandahålles exempelvis av privatpraktiserande läkare.

I HSU:s förslag ingår även tandvården i hälso och sjukvården. Vi har funnit att lagförslaget för tandvårdens del bl. a. innebär att landstingen åläggs

att värna om tandhälsotillståndet hos alla sina innevånare,
att tillse att deras gemensamma behov av tandvård tillgodoses på lika villkor,
att tillse att en offensiv tandvårdspolitik förverkligas.

För att förverkliga detta bör landstingen

- kartlägga behoven av tandvård för befolkningen inom sitt område,
- vidta eller initiera samt samordna tandhälsofrämjande åtgärder,
- planera för tandvårdens utveckling med utgångspunkt från människornas samlade behov,
- i planeringen ta med den tandvård som erbjuds av annan än landstinget samt
- medverka till en samordning av tandvården för större områden när det behövs (exempelvis i specialisttandvården)

För oss är bl. a. landstingens planeringsansvar av särskilt intresse. Lagförslaget synes i denna del innebära ett ansvar för landstingskommunerna att samarbeta med andra i planerings- och utvecklingsarbete avseende tandvården. Samarbetsparter är i första hand de privata vårdgivarna. Men det kan också vara primärkommunerna och statliga organ som socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen och riksförsäkringsverket. Också med arbetsmarknadens organisationer och patientföreningar kan samarbete etableras.

Det ansvar som HSU föreslår skall ligga på landstingen innebär bl. a. att de i sin planering skall svara för att vårdresurser finns i tillräcklig omfattning. Detta innebär att landstinget i sista hand har skyldighet att ta på sig ytterligare vårdgivaransvar.

En ny lagstiftning förutsätts inte innehålla någon bestämmelse av innebörd att landstinget kan beordra enskilda vårdgivare att bedriva eller upphöra med viss verksamhet. En principiell rätt att vara fritt yrkesverksam föreligger på detta som på alla andra verksamhetsområden. För hälso- och sjukvårdens del begränsas denna rätt främst av behörighetsbestämmelser, instruktioner o. d. Sådana regler kan inte påverkas av överenskommelser mellan landstinget och de enskilda vårdgivarna.

I HSU:s direktiv framhölls att en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården borde "vara baserad på en diskussion om målen för verksamheten". HSU har också formulerat ett övergripande mål för den framtida hälso- och sjukvårdsverksamheten, nämligen "ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen".

HSU framhåller att hälsovård och sjukvård skall betraktas som en sammanhängande verksamhet och uttalar att hälso- och sjukvården bör få en mer hälsoinriktad verksamhet.

HSU har sålunda formulerat en viljeinriktning för vården. Den uttrycks bl. a. på följande sätt:

Hälso- och sjukvården har

- "till största delen kommit att få en inriktning på att bota redan uppkomna sjukdomstillstånd. Vårdinsatserna har i huvudsak baserats på den enskilda människans behov av vård sedan sjukdom eller skador uppkommit. För att åstadkomma ytterligare förbättringar av folkhälsan måste i stället prövas möjligheterna att i ökad omfattning angripa hälsoproblemen genom förebyggande åtgärder."
- Även förhållandet att sjukvårdsverksamheten blivit alltmer kostnadskrävande motiverar en prövning av möjligheterna att på sikt begränsa efterfrågan på direkta vårdtjänster. I stället för att möta en ständigt ökad efterfrågan genom en utbyggnad av den renodlade sjukvården måste övervägas att i ökad utsträckning satsa på förebyggande åtgärder.

På sikt torde detta vara en bättre metod att komma tillrätta med de växande behov- och resursproblemen. Det kräver övergång från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt, dvs. till en mer offensivt inriktad hälso- och sjukvårdspolitik."

HSU betonar också att den enskilde har ett eget ansvar för sin hälsa. Detta återspeglar sig i uttalanden och förslag av följande typ

- hälsopolitiska synsätt måste även omfatta den enskilde;
- medvetenheten och engagemanget hos den enskilde skall stimuleras, utvecklas och stödjas;
- vårdsökande skall delta i beslut liksom i det arbete som föregår och följer av dessa beslut;
- den enskildes möjligheter att nå bättre hälsotillstånd måste utnyttjas.

Utredningen utgår från att vi i vårt fortsatta arbete kommer att behandla frågan om den framtida fördelningen av tandläkare på olika landstingsområden samt mellan de offentliga och privata sektorerna med beaktande jämväl av de totalplaneringsprinciper, som utredningen anser bör gälla för hälso- och sjukvårdsplaneringen. Mot denna bakgrund fann utredningen inte anledning att framlägga några särskilda förslag i en hälso- och sjukvårdslag i avseende på tandvården.

5.2 Tandvårdspersonalutredningen (TPU)

5.2.1 *Mål och viljeinriktning*

Tandvårdspersonalutredningen har i sin slutrapport föreslagit följande övergripande mål för tandvården.

"Målet för tandvården är att tillgängliga resurser användes på ett sådant sätt att hela befolkningen hjälpes till en acceptabel oral hälsa för att bidra till individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande."

Detta är helt i linje med HSU:s förslag att hälso- och sjukvården skall främja en god hälsa för hela befolkningen.

TPU understryker betydelsen av förebyggande tandvård för att detta mål skall uppnås. I avsnittet "Viljeinriktning" i slutrapporten heter det:

"I utredningens diskussionspromemoria om planering för framtidens tandvård framhöll utredningen nödvändigheten av en kraftfull satsning på de förebyggande åtgärderna vad gäller såväl hela befolkningen som tandvårdens patienter. Detta synsätt vann i stort sett remissinstansernas fulla instämmande även om en något avvaktande eller avvisande hållning kunde förmärkas vad gäller sådana generella åtgärder som vattenfluoridering, begränsning av sockerkonsumtionen etc. Utredningen anser sig därför stärkt i sin uppfattning att endast ökad satsning på förebyggande åtgärder kan förbättra det svenska folkets tandhälsa. – Enligt utredningens mening måste detta innebära en framtida omfördelning av de vårdresurser som satsas på reparativ behandling resp. förebyggande åtgärder."

5.2.2 *Arbetsfördelning mellan olika personalkategorier inom tandvården*

I sin rapport nr II ger utredningen förslag till den framtida arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården. Som allmänna utgångspunkter för denna fördelning anser utredningen bör gälla

att med så få resurser som möjligt åstadkomma god tandhälsa hos befolkningen samt

att så snabbt som möjligt öka resurserna för de förebyggande åtgärderna.

Från patienternas synpunkt bör enligt utredningen arbetsfördelningen vara sådan att patienten behöver besöka så få typer av tandvårdspersonal som möjligt.

Från planerings- och resurssynpunkt bör arbetsfördelningen bl. a. vara sådan att varje personalkategori koncentrerar sitt arbete till uppgifter som de erhållit speciell utbildning för.

TPU föreslår en ny personalkategori inom tandvården nämligen tandtekniska biträden som bör ges en formell ställning vad gäller utbildning och arbetsuppgifter.

Tandvårdspersonalutredningen lägger fram vissa förslag beträffande arbetsfördelningen mellan de olika personalkategorierna inom tandvården.

Sålunda föreslår utredningen att tandhygienister i framtiden visserligen alltjämt skall arbeta under överinseende av tandläkare men att hygienisten självständigt skall få kalla, undersöka och behandla revisionspatienter enligt tandläkarens anvisningar. Vidare skall hygienisterna kunna ta emot remisser från tandläkare verksamma utanför den klinik eller mottagning där hygienisten arbetar.

Beträffande tandsköterskorna anser utredningen att deras framtida arbetsuppgifter – liksom idag – bör vara av assisterande karaktär samt därutöver uppgifter inom den förebyggande vården. I princip bör enligt utredningen tandsköterskor ha en utbildning i profylax motsvarande de nuvarande profylaxtandsköterskorna. Inom tandsköterskornas behörighetsområde bör vidare tagandet av röntgenbilder ingå. Dessutom bör vissa behandlingsmoment kunna delegeras av tandläkare till tandsköterska.

5.2.3 *Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal*

Regeringen uppdrog i februari 1981 åt socialstyrelsen att – i samråd med bl. a. 1978 års tandvårdsutredning – redovisa reviderade bedömningar av den långsiktiga tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal. En särskild arbetsgrupp som tillsatts av socialstyrelsen har redovisat nya prognoser i rapporten "Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal." Under arbetets gång har socialstyrelsen haft samråd med oss.

Tillgång på tandvårdspersonal

Arbetsgruppen presenterar reviderade tillgångsprognoser för tandvårdspersonal samtidigt som kalkyler över framtida tillgång på tandvårdens personalresurser vid olika antaganden om utbildningens dimensionering framläggs. De olika antagandena om antalet utbildningsplatser för tandhygienister och tandläkare baserar sig på de önskemål om beräkningar som vi framfört till socialstyrelsen.

Följande beskrivning görs av personalresursernas nuvarande storlek inom tandvården.

	Antal yrkesverksamma
Tandhygienister	700
Tandläkare	8 300
Tandsköterskor	13 500
Tandtekniker (avser år 1978)	1 900
	24 400

Vad sedan gäller tillgångsprognoser för *tandhygienister* har arbetsgruppen gjort en liknande enkät som TPU genomförde vid flera tillfällen och på så sätt fått in uppgifter om yrkesverksamhetsgrad resp. sysselsättningsgrad för denna yrkeskår under 1980. Resultatet av enkäten gav inte direkt anledning att ändra på TPU:s antaganden för de nämnda prognoskomponenterna. Arbetsgruppen har dock – bl. a. mot bakgrund av den statistik som finns om andra yrkesgrupper inom vårdområdet – valt att i sina antaganden räkna med successiv minskning av yrkesverksamhets- resp. sysselsättningsgraden. Arbetsgruppen anser därför att framlagd reviderad prognos får bedömas vara en minimiprognos för ett visst antal utbildningsplatser. Vad därvid gäller utbildningskapaciteten uppgår antalet elevplatser f. n. till 266 men utbildningshuvudmännens planer för de närmaste åren pekar på en viss minskning. Arbetsgruppen har därför valt att använda 240 elevplatser som underlag för tillgångsprognosen. Kalkyler har också gjorts med antagande om en utbildningskapacitet på 300 resp. 340 elevplatser.

Även vad gäller tillgångsprognosen för *tandläkare* har arbetsgruppen valt att använda lägre antaganden om den framtida yrkesverksamhets- resp. sysselsättningsgraden än vad TPU använde. Statistik från ytterligare två år ger inte direkt underlag för dessa antaganden men arbetsgruppen har velat beakta synpunkter från vissa remissinstanser vilka varnat för alltför höga

värden i tillgångsprognoserna. Framtagen statistik har däremot visat att TPU:s antaganden om examinationsfrekvens och tillskott från utlandet bör minskas vilket också arbetsgruppen gjort. Den reviderade tillgångsprognosen ger således färre antal yrkesverksamma tandläkare resp. tandläkartimmar än TPU:s prognos med motsvarande antal utbildningsplatser. Vad gäller utbildningskapaciteten har arbetsgruppen ansett att 440 utbildningsplatser kommer närmast nuvarande riksdagsbeslut om tandläkarutbildningen. På uppdrag av oss har sedan även beräkningar utförts vad gäller 400 och 360 utbildningsplatser. För att mera direkt kunna jämföra med den tidigare prognosen presenteras även en beräkning med 500 utbildningsplatser.

Nya uppgifter om *tandsköterskekåren* har insamlats av arbetsgruppen. Dessa visar bl. a. att utbildningskapaciteten under läsåret 1980/81 uppgick till ca 1 400 nybörjarplatser att jämföras med 1 200 platser som TPU föreslog. Ökningen av antalet utbildningsplatser bedöms dock vara tillfällig i samband med övergången till den två-åriga tandsköterskeutbildningen. För övriga prognoskomponenter har arbetsgruppen inte funnit underlag för att ändra på de antaganden som TPU använde sig av. Av dessa skäl har arbetsgruppen valt att inte utföra någon ny tillgångsprognos för tandsköterskor. Vissa överslagsberäkningar har dock utförts för att påvisa effekterna av en eventuell framtida minskning av yrkesverksamhets- resp. sysselsättningsgrad.

Vad slutligen gäller yrkeskategorin *tandtekniker* har arbetsgruppen jämfört uppgifter om befintlig kår med TPU:s prognos. Ytterligare undersökningar har inte bedömts nödvändiga och någon reviderad tillgångsprognos framläggs inte.

Den reviderade tillgångsprognosen för tandvårdspersonal framgår av följande uppställning.

	Antagen utbildningskapacitet. Utbildningsplatser per år	Beräknat antal yrkesverksamma		
		1985	1990	2000
Tandhygienister	240	1 700	2 600	4 150
Tandläkare	440	9 800	10 500	11 900
Tandsköterskor[a]	1 200	14 600	16 650	19 600
Tandtekniker[a]	118	2 350	2 600	3 000
		28 450	32 350	38 650

[a] Tillgångsprognos enl. TPU.

Efterfrågan på tandvårdspersonal

Arbetsgruppen har tagit del av nytillkomna undersökningar som kan belysa *vårdbehovet* i olika åldersgrupper. Det material som funnits att tillgå har inte förändrat TPU:s slutsatser. Arbetsgruppens antaganden om det framtida vårdbehovet får således basera sig på i stort sett samma underlag som TPU hade tillgång till.

Vad gäller tillgodosedd *vårdefterfrågan* har arbetsgruppen haft tillgång till

ytterligare två års försäkringsstatistik. Denna statistik tyder inte på någon direkt ökning av andelen behandlade per år. En uppföljning av statistiska centralbyråns ULF-material, som arbetsgruppen låtit genomföra, antyder att riksförsäkringsverkets patientstatistik kan innebära en underskattning av andelen årligen behandlade patienter. De regionala skillnaderna i besöksfrekvensen är vidare mindre i det bearbetade enkätmaterialet än i riksförsäkringsverkets statistik.

TPU använde sig av en rad antaganden när det gällde att beräkna efterfrågan på tandläkartimmar inom *barn- och ungdomstandvården.* Arbetsgruppen har minskat antalet antaganden och räknar med två alternativ för det genomsnittliga behandlingsintervallet nämligen 12 resp. 16 månader. Trots vissa remissinstansers tveksamhet till förlängda behandlingsintervall anser arbetsgruppen det möjligt att i framtiden frångå kallelser med 12 månaders intervall p. g. a. den förbättrade tandhälsan. Vad gäller *medelbehandlingstiderna* räknar arbetsgruppen med en minskning på 0,2 timmar, d. v. s. något lägre än vad TPU gjorde. Beräkningarna leder fram till ett högsta behov av tandläkartimmar år 1985 på 2,6 miljoner, vilket beräknas minska till 2,1 miljoner år 2000. Minimikalkylen ligger ca 0,5 miljoner timmar lägre.

Vad gäller *vuxentandvården* arbetade TPU med fyra olika beräkningsmodeller och olika alternativ för dessa modeller. Arbetsgruppen har reducerat de reviderade beräkningarna till följande tre alternativ:

- Ökad andel behandlade/minskade medelbehandlingstider.
- Ökad andel behandlade/i stort sett oförändrade medelbehandlingstider.
- Viss andel stora saneringsfall per år/ökad andel revisionsfall.

Det första alternativet ger i stort sett oförändrad efterfrågan på tandläkartimmar medan det tredje alternativet ger den största ökningen vad gäller efterfrågan. Skillnaden mellan högsta och lägsta beräkning uppgår till 1,5 miljoner timmar år 1985. Denna skillnad har ökat till 3,1 miljoner timmar år 2000.

Det första alternativet för beräkningsmodell har även applicerats på länsstyrelsernas befolkningsprognoser för år 1990. Den på så sätt kalkylerade efterfrågan län för län har sedan jämförts med nuvarande tandläkarresurser. Ett teoretiskt utbyggnadsbehov för varje län har räknats fram och redovisats.

Jämförelser mellan tillgång och efterfrågan

De reviderade tillgångsprognoserna har jämförts med de olika alternativen för total efterfrågan. Först har denna jämförelse omfattat tandläkartimmar utan att beakta insatser från profylaxpersonalen. Därefter har jämförelserna utförts på så sätt att beräknad tillgång på hygienisttimmar till viss del – dock högst 50 procent – anses kunna ersätta behovet av tandläkartimmar genom ökad delegering och minskat vårdbehov. De jämförelser som mer detaljerat redovisas sammanfattas av gruppen i följande uppställning.

	Miljoner tandläkartimmar, år		
	1985	1990	2000
1) *440 utbildningspl. f. tdl/ hygienisttimmar enbart ett till skott*			
Högsta underskott	−1,3	−1,3	−1,3
Högsta överskott	+1,1	+1,9	+2,9
2) *440 utbildningspl. f. tdl/ hygienistutbildning 240 pl. reducerar efterfrågan tdl*			
Högsta underskott	−0,3	–	–
Högsta överskott	+1,6	+2,7	+4,0
3) *400 utbildningspl. f. tdl/ hygienistutbildning 240 pl. reducerar efterfrågan tdl*			
Högsta underskott	−0,3	–	–
Högsta överskott	+1,6	+2,6	+3,5
4) *360 utbildningspl. f. tdl/ hygienistutbildning 300 pl. reducerar efterfrågan tdl*			
Högsta underskott	−0,2	–	–
Högsta överskott	+1,6	+2,5	+3,3

Som framgår av sammanställningen är det endast i den första jämförelsen, där insatserna från tandhygienisterna inte alls beaktas, som något större underskott på tandläkartimmar kan noteras.

Arbetsgruppen tar inte ställning till den framtida utbildningsdimensioneringen för tandhygienister och tandläkare. Istället pekar arbetsgruppen på att närmare besked behövs om vilka resurser – utöver personalresurser – som tandvården kan räkna med i framtiden och hur dessa resurser skall fördelas.

5.3 Fredstandvård 80

Enligt regeringens bemyndigande tillkallade dåvarande försvarsministern 1977 en särskild utredningsman med uppgift att utreda formerna för tandvård inom försvarsmakten m. m. vid överförande av vårdansvaret för denna tandvård från försvarets sjukvårdsstyrelse till folktandvården. I sitt betänkande Tandvård i fred för värnpliktiga föreslår utredningen att vårdansvaret för värnpliktigas tandvård övergår till folktandvården 1 januari 1982.

Riksdagen har våren 1981 fattat beslut som i huvudsak överensstämmer med utredningsförslaget (prop. 1980/81:16, FU 1980/81:25, rskr 1980/81:325).

5.4 Fluorberedningen

I augusti 1977 tillkallades en kommitté för utredningen av vissa frågor om användning av fluor i kariesförebyggande syfte – fluorberedningen.

Fluorberedningen publicerade i april 1980 en rapport som på beredningens uppdrag utarbetats av docent Ernst Jonsson "Lönar det sig att tillsätta fluor i

dricksvattnet?" (SOU 1980:03). Rapporten innehåller dels en analys av effekter av vattenfluoridering på kariesfrekvens samt eventuella biverkningar, dels en samhällsekonomisk kalkyl över vattenfluoridering i Sverige under perioden 1981–2025.

Beredningen avlämnade i juni 1981 sitt betänkande "Fluor i kariesförebyggande syfte" SOU 1981:32 till socialministern. Beredningen avvisar en lagstiftning som gör det möjligt för landets kommuner att tillsätta fluor i dricksvattnet. Beredningen var inte enig. Reservation och särskilda yttranden till förmån för en sådan lagstiftning avgavs av ordföranden och en ledamot samt samtliga sakkunniga och experter.

5.5 Utredningen om sjukförsäkringens ersättningssystem vid sjukresor

I augusti 1979 tillkallade socialministern enligt regeringens bemyndigande en särskild utredningsman med uppdrag att se över sjukförsäkringens ersättningssystem vid sjukresor.

Sjukreseutredningen har haft två huvuduppgifter. För det första har det gällt en översyn av ersättningssystemet ur organisatorisk och administrativ synvinkel. I denna uppgift har framför allt ingått att undersöka olika möjligheter att förenkla administrationen. I utredningsdirektiven anges därvid att ett alternativ till återbäringsprincipen borde övervägas samt en schablonisering av reseersättningarna. I uppgiften har också ingått att pröva förutsättningarna för att ge sjukvårdshuvudmännen ett ökat ekonomiskt och administrativt ansvar för sjukresorna.

För det andra har det gällt att finna åtgärder som kan ge en förbättrad samordning av sjukresorna.

Utredningen avgav sitt betänkande Sjukresor – samordning och förenkling (SOU 1981:35) i juni 1981.

I detta föreslås en utveckling i två steg, där steg 1 innebär förenklingar inom ramen för nuvarande system och steg 2 att sjukvårdshuvudmännen övertar ansvaret för sjukresorna.

6 Vilka krav bör ställas på tandvården i framtiden

I det följande anger vi några krav som vi anser bör ställas på tandvården i framtiden. Vi är medvetna om att en del av dessa inte kommer att helt kunna uppfyllas före 1980-talets utgång.

Vid utbyggandet av tandvården efter tandvårdsförsäkringens införande har barn- och ungdomstandvården prioriterats. Därigenom har utbyggnaden av vuxentandvården kommit i andra hand. Eftersom barn- och ungdomstandvården inom några år är fullt utbyggd är det nu enligt vår mening dags att se till att *med bibehållande av den nuvarande satsningen på barn- och ungdomstandvården* vuxentandvården blir bättre tillgodosedd och vårdresurserna mer rättvist fördelade över landet. Det är mot denna bakgrund vi ställer frågan om vilka krav som bör ställas på tandvården i framtiden.

Vi ansluter oss till de krav som hälso- och sjukvårdsutredningen lägger fast i sitt förslag till hälso- och sjukvårdslag.

Hälso- och sjukvården, i vilken även tandvården ingår, skall främja en god hälsa således även tandhälsa hos hela befolkningen. Den skall erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor.

Målet bör enligt vår mening vara inte bara att bibehålla tandhälsan hos befolkningen utan även att förbättra den. Vi vill ange följande inriktning för tandvårdens utveckling.

Tandvårdsresurserna används f. n. huvudsakligen för reparativ vård. Möjligheterna att bygga ut tandhälsovården har hittills varit begränsade då många alltjämt har stora behov av reparativ behandling. Forskningen har emellertid visat att omfattande reparation av skadade bett mycket snart kan leda fram till ett förnyat behov av reparativ tandvård om den inte åtföljs av en kontinuerlig tandhälsovård. Enbart reparativ vård leder därför inte till tandhälsa.

För att inom ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme nå målet tandhälsa hos hela befolkningen bör såväl nuvarande som tillkommande tandvårdsresurser fördelas så att förebyggande vård på sikt kan erbjudas alla vuxna.

Den ökning av tandvårdspersonalen som förväntas under 80-talet medför att även om den förebyggande vården för vuxna ökar kommer nödvändig reparativ vård ej att behöva eftersättas.

Det framtida tandvårdssystemet bör inrymma *möjligheter till systematiserad tandhälsovård för alla vuxna.* En fördelning av vårdinsatser måste främjas så att andelen tandhälsovård ökar.

Den i HSU:s lagförslag angivna målsättningen stämmer väl med det

övergripande mål som socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning föreslog nämligen ". . . att tillgängliga resurser användes på ett sådant sätt att hela befolkningen hjälpes till en acceptabel oral hälsa för att bidra till individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande".

Hittills har man huvudsakligen tagit hand om de individer som sökt vård på eget initiativ. Enligt HSU:s lagförslag skall tandvården främja hela befolkningens hälsa. Tandvården bör sträva efter att med erbjudande om vård nå även dem som inte regelbundet besöker tandvården.

Såväl det i förslaget till hälso- och sjukvårdslag inskrivna målet som det av departementschefen i proposition 1973:45 uttalade innebär att tandvården skall vara lika tillgänglig för alla som har behov därav.

Vid den framtida planeringen av tandvården bör intresset fokuseras på den totala tillgången på tandvårdspersonal snarare än på tandläkartäthet. Det är den totala tillgången på tandvårdspersonal som bestämmer i vilken mån efterfrågan kan tillgodoses. Detta gäller inte minst inom tandhälsovården.

Det är enligt vår mening viktigt att planeringen och genomförandet av vuxentandvårdens utbyggnad sker på ett sådant sätt att tillgången på sådan vård successivt kommer att motsvara efterfrågan och behov i alla delar av landet.

För att tandvård skall kunna erbjudas till alla på lika villkor måste så snart som möjligt en *bättre regional balans* åstadkommas när det gäller fördelningen av tandvårdspersonal. Den nuvarande regionala obalansen när det gäller tandläkare framstår enligt vår mening som oacceptabel.

I detta sammanhang vill vi nämna den programorienterade planering som tillämpas inom barn- och ungdomstandvården. Denna planering bygger på kunskap om olika gruppers tandhälsotillstånd och behov av tandvård. I planen formuleras mål för verksamheten under planperioden, åtgärder och metoder för att nå dessa mål samt det resursbehov som följer av den planerade verksamheten. Liknande planering bör kunna prövas även för vuxentandvården. Bl. a. kan uppgifter om tandtillståndet hos den vuxna befolkningen utgöra en del av underlaget för planering. Även vissa bakgrundsfaktorer såsom exempelvis arbetsmiljö bör medtagas. Ett led i programorienterad planering är behandling enligt behandlingsprogram. Med behandlingsprogram menar vi en sammanställning av principer för hur de som söker tandvård bör omhändertas och behandlas. Sådana program bör kunna komma till användning i ökad utsträckning.

Ytterligare ett krav är att den som söker tandvård skall bli undersökt och behandlad *inom rimlig tid.* När systemet för tandvård åt nya patienter infördes fr. o. m. 1976 angavs att försäkrade som var i akut behov av tandvård skulle tas om hand omgående. Nya patienter skulle kunna komma i kontakt med tandläkare inom 3–6 månader. Enligt vår mening bör målet vara att nya patienter skall kunna komma under behandling inom tre månader.

Socialstyrelsen har i cirkulär MF 1975:118 uttalat beträffande revisionstandvård att den tid som förflyter mellan två revisioner bör bestämmas i första hand med hänsyn till den enskilde patientens tandvårdsbehov men att som en allmän riktpunkt borde gälla ett revisionsintervall på cirka 18 månader.

Den målsättning som departementschefen uttalade i prop. 1973:45 med förslag till allmän tandvårdsförsäkring m. m. måste ha giltighet även i fortsättningen nämligen att "skapa lika möjlighet åt alla medborgare till en god *tandvård till överkomliga avgifter*".

En stor del av kostnaderna för tandvården betalas av det allmänna. Det måste då också vara möjligt för medborgarna att kräva ett politiskt ansvar av dem som skall svara för att tandvården har erforderliga resurser. För att detta skall vara möjligt bör det inom tandvården finnas *klarare ansvarsförhållanden*. För barn- och ungdomstandvården är ansvaret klart utsagt i lag. Något motsvarande finns dock ej inom vuxentandvården. Vi återkommer till denna fråga.

De krav på ökade resurser som ställs inom tandvården kommer att i ökande utsträckning mötas med motkrav på bättre hushållning med existerande resurser. Vårdgivarna måste därför inrikta sig på att ständigt söka *effektivisera tandvården*.

Totalt sett måste också *tandvårdskostnaderna* kunna *hållas på en från samhällsekonomisk synpunkt acceptabel nivå*. Möjligheter bör skapas att begränsa kostnaderna utan att tandvårdens kvalitet eftersättes. En förändring av det odontologiska innehållet bl. a. till förmån för mer förebyggande vård inom ramen för nuvarande resursinsats bör prövas.

För att befintliga tandvårdsresurser skall kunna tas till vara på bästa möjliga sätt är det också viktigt att bygga upp en *samverkan mellan folktandvården och privatpraktiserande tandläkare*.

Sammanfattningsvis anser vi att tandvården i framtiden skall erbjuda sina tjänster på lika villkor till alla, den bör främja en god tandhälsa hos hela befolkningen; en förstärkning av de förebyggande insatserna bör ske så att den reparativa tandvården kan minskas; tandvårdsresurserna bör vara fördelade över landet i förhållande till befolkningens efterfrågan och behov.

7 Tandvården under 80-talet

Vi har i föregående kapitel redovisat de krav, vilka enligt vår uppfattning bör ställas på tandvården i framtiden. Mot bakgrund av dessa krav redovisar vi i detta kapitel våra överväganden och förslag vad gäller ansvaret för tandvården i landet, åtgärder för att förbättra den regionala balansen i fråga om tandvårdsresurser samt hur den förebyggande tandvården bör utformas. Vidare lägger vi förslag i vissa särskilda frågor, nämligen institutionstandvården, tandvården åt handikappade, specialisttandvården, den tandtekniska verksamheten samt barns och ungdomars anslutning till försäkringen. Därutöver lägger vi fram förslag om ersättningen till tandvårdens huvudmän och om dimensioneringen av utbildningen av tandvårdspersonal. Vi avslutar med en redovisning av ekonomiska konsekvenser av våra förslag.

Våra förslag utgår från att tandvården i framtiden inte kan räkna med så stor ökning av de reala resurserna som hittills. Vi anser därför att det är angeläget att hushålla med resurserna genom att satsa på framförallt förebyggande åtgärder men också att fördela dessa resurser rättvist mellan olika regioner och befolkningsgrupper. Enligt vår mening måste medborgarna kunna utkräva ett politiskt ansvar för hur resurserna inom tandvården utnyttjas.

7.1 Ansvar

7.1.1 *Statsmakterna och centrala myndigheter*

Genom lagstiftning om tandvården och tandvårdsförsäkringen, beslut om dimensionering av utbildningen av tandvårdspersonal och fastställande av utbildningsplaner fastlägger statsmakterna den övergripande tandvårdspolitiken i landet.

I propositionen 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. anförde föredragande statsrådet att det med nuvarande långsamma tillväxt av samhällsresurserna inte är möjligt för den kommunala sektorn att ha en så snabb utbyggnadstakt som tidigare. Kraven på ändamålsenlig planering och på förmågan att utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt skärps därför. Även om det är kommunerna som har det grundläggande planeringsansvaret, så är det väsentligt för statsmakterna att ha "ett sådant inflytande på vårdsektorns planering att vården får en likartad utveckling och standard över hela landet". Statsrådet konstaterade också att "staten har ett

överordnat ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården i riket som leder till att planeringen av denna sektor måste ske i samspel mellan stat och kommun".

Statens planeringsorgan för hälso- och sjukvården är socialstyrelsen. Socialstyrelsen kan på detta område sägas ha ett övergripande planerings- och samordningsansvar som innebär en styrning av omfattning och inriktning av socialvården och hälso- och sjukvården inklusive tandvården i landet. Denna övergripande planering skall ske i samspel med landstingen och med hänsyn tagen till samhällets resurser. Socialstyrelsen har också en tillsynsuppgift i syfte att bevaka kvaliteten i vårdinsatserna samt att tillgodose den enskildes rätt inom hälso- och sjukvårdens olika delar.

Riksförsäkringsverket har i egenskap av ansvarig myndighet för hela socialförsäkringssystemet en betydelsefull roll när det gäller utvecklingen inom tandvården.

Universitets- och högskoleämbetet samt skolöverstyrelsen utarbetar utbildningsplaner för tandvårdspersonal.

Inom ramen för sitt utvecklings- och tillsynsansvar har socialstyrelsen, som vi nämnt i kap. 4 Förebyggande tandvård, utarbetat tandhälsovårdsprogram för såväl barn och ungdomar som vuxna. Vi föreslår att socialstyrelsen utsträcker detta arbete till att omfatta upprättandet av övergripande behandlingsprogram innehållande principer för hur patienter skall omhändertas och behandlas, riktlinjer för behandlingsintervall m. m. Det ankommer på landstingen att anpassa behandlingsprogrammen till sina förhållanden vad avser bl. a. tandvårdsresurser. I samband med utvecklingen av dessa program bör socialstyrelsen följa tandvårdens utveckling i samverkan med företrädare för såväl offentlig och privat vård som forskningen inom odontologin. Socialodontologiska bedömningar bör ingå i denna uppgift.

7.1.2 *Landstingen*

Ett av de krav som vi ställt upp för framtidens tandvård är att den skall bygga på klara ansvarsförhållanden. Som vi tidigare framhållit har landstingen ett lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården. Antingen vården utförs i landstingets egen regi eller som i vissa fall av privatpraktiserande tandläkare genom avtal så är det landstingen som har ansvaret för att barnen och ungdomarna får vård.

Beträffande vuxentandvården har landstingen inte samma ansvar. Enligt folktandvårdslagen skall landstingen tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.

Vid lagens tillkomst 1973 uttalades att folktandvården vid utgången av 1970-talet skulle svara för hela barn- och ungdomstandvården samt i första hand för ca 35 % av vuxentandvården. Utgångspunkten för beräkningen av andelen av vuxentandvården var att tandläkarna inom folktandvårdens distriktstandvård skulle dela sin arbetstid lika mellan å ena sidan barn- och ungdomstandvård och å andra sidan vuxentandvård. För närvarande är den andel av vuxentandvården som utföres av folktandvårdens distriktstandvård ca 23 %.

Vi anser att landstingen även i fortsättningen skall ha ett lagfäst ansvar för *barn- och ungdomstandvården.*

Landstingens ansvar för *vuxentandvården* bör ges följande innebörd

vårdansvar	– ett övergripande ansvar för att alla som är bosatta inom landstingsområdet erbjuds god tandvård på lika villkor
planeringsansvar	– ansvar för att i samverkan med bl. a. privata vårdgivare tandvårdsplanering sker varvid tillses *att* vårdmål fastställes samt *att* resurserna fördelas efter behov och efterfrågan
resursansvar	– ansvar för att de resurser som enligt tandvårdsplanen erfordras för folktandvården ställs till förfogande; privattandvården kan genom samverkansavtal åtaga sig ansvar för övrig vuxentandvård; i den mån denna ej kan tillgodoses inom ramen för sådana samverkansavtal åvilar det landstinget tillse att erforderliga resurser ställs till förfogande
vårdinnehållsansvar	– ansvar för tandvårdens odontologiska inriktning; däri ingår bl. a. en ökad andel tandhälsovård.

I det följande behandlas den närmare innebörden av dessa olika ansvarsområden.

Vårdansvar

Det vi valt att kalla vårdansvar innebär ett övergripande ansvar för att alla som är bosatta inom landstingsområdet erbjuds god tandvård på lika villkor. Det innebär inte något yrkesansvar (tidigare medicinalansvar). Detta ansvar måste liksom hittills åvila den tandvårdspersonal som utför behandlingen. Det innebär inte heller att all tandvård skall bedrivas i landstingets regi. Däremot innebär det ett ansvar för landstinget att de som behöver och söker tandvård får sådan.

Planeringsansvar

Vi anser att tandvårdsplanen för ett landstingsområde skall omfatta all tandvård inom landstingskommunen, dvs. såväl den tandvård som utföres av folktandvården som den som bedrives av privatpraktiserande tandläkare. Behovet av tandläkare bör lämpligen redovisas på kommunnivå eller kommundelsnivå.

År 1980 var den lägsta tandläkartätheten i ett landsting 0,98 timmar per försäkrad. Den högsta tandläkartätheten var 2,00 timmar per försäkrad. Genomsnittet för landet var 1,30 timmar. I syfte att medverka till att en bättre fördelning av tandläkare över landet uppnås bör socialstyrelsen med utgångspunkt från de totala tandvårdsresurserna i landet kunna rekommendera ett intervall med en lägsta och en högsta tandläkartäthet mätt i tandläkartimmar per försäkrad eller annat lämpligt mått som underlag för landstingens planering.

I tandvårdsplanen bör vårdmål för tandvården formuleras. Till ledning härför bör socialstyrelsen kunna utfärda råd om hur sådana mål kan utformas.

Landstingets tandvårdsplanering bör göras i samverkan med statliga organ, primärkommuner och privata vårdgivare. Formerna för samverkan mellan landstinget och den lokala tandläkarföreningen behandlas i avsnitt 7.2.4 och 7.2.5.

Resursansvar

Resursansvaret kan sägas utgöra en följd av vårdansvaret. Det inrymmer nämligen ansvar för att de vårdansvariga har tillgång till de resurser som krävs för att fullgöra vårdansvaret.

När det gäller barn och ungdomar har landstinget lagfäst vårdansvar – därmed även resursansvar. Resurserna kan byggas upp i egen organisation eller genom avtal med privat vårdgivare. Beträffande vuxentandvården bör minst 35 % av resurserna finnas i landstingets regi. Vi återkommer till denna fråga. Som framgår av vårt lagförslag åligger det landstinget att påtaga sig det ansvar som erfordras för att de som är bosatta i landstinget skall erhålla en god tandvård.

Vi återkommer i avsnitt 7.4, 7.5 och 7.6 till frågan om landstingens ansvar för vissa speciella grupper.

Vårdinnehållsansvar

Landstingen bör få ett ansvar för tandvårdens inriktning. Detta kan exempelvis betyda att man söker påverka tandvårdens inriktning så att den blir mer förebyggande och att tandvården bedrivs i enlighet med av socialstyrelsen utarbetade övergripande behandlingsprogram. I behandlingsprogram ligger att tandvården kan bedrivas i etapper om detta är lämpligt från resurssynpunkt.

Landstinget bör i samverkan med bl. a. den lokala tandläkarföreningen utarbeta lokala behandlingsprogram. Dessa bör ligga till grund för tandvårdens inriktning. Utgångspunkter bör vara de övergripande mål för tandvården som samhället lägger fast samt socialstyrelsens övergripande behandlingsprogram.

Vad vi här sagt om landstingens vårdinnehållsansvar avses ej påverka socialstyrelsens utvecklings- och tillsynsansvar för tandvårdens odontologiska inriktning och kvalitet.

7.2 Regional fördelning

Vi har tidigare redovisat den nuvarande situationen vad gäller tillgång till tandvård i olika delar av landet. Den ojämna fördelningen av resurser för vuxentandvården framstår enligt vår mening som oacceptabel. Vi anser det vara ett centralt mål för tandvårdspolitiken att förändra den nuvarande fördelningen så att tillgången på tandvårdsresurser successivt kommer att bättre motsvara efterfrågan och behov i alla delar av landet och för alla grupper i samhället. Vi är medvetna om att det inte kommer att vara möjligt att snabbt åstadkomma den önskade förändringen, med hänsyn till bl. a. det samhällsekonomiska läget. Vi anser det dock nödvändigt att väsentliga förbättringar åstadkommes i den nuvarande regionala fördelningen under den kommande tioårsperioden.

Det krävs enligt vår mening aktiva åtgärder från samhällets sida för att förbättra den regionala fördelningen av tandvårdsresurser för vuxna. I ett läge med långsam ekonomisk tillväxt ökar behovet av aktiva insatser för att samhällets resurser skall fördelas rättvist mellan regioner och befolkningsgrupper. Vi framför i det följande vissa förslag vilka sammantagna bör medverka till att nå en bättre överensstämmelse mellan tillgång på tandvårdsresurser och efterfrågan och behov i alla delar av landet.

Vi föreslår att folktandvården byggs ut till den omfattning som 1973 års riksdag angav. Vi föreslår också att det nuvarande systemet med tandvårdsplaner byggs ut för att på sikt kunna fungera som medel för styrning av tandläkarresurser för såväl folktandvården som den privata sektorn. Vi anser det nödvändigt att bibehålla möjligheterna till etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare under den närmaste tioårsperioden för Stockholm, Göteborg och Malmö och under en femårsperiod för övriga delar av landet. Vi föreslår att det nuvarande systemet med kvotering av tandläkare till folktandvården bibehålls i syfte att förbättra fördelningen mellan landstingsområdena. Vi pekar på möjligheten att med hjälp av samverkansavtal mellan landstingen och de privatpraktiserande tandläkarna stegvis förbättra fördelningen av resurserna inom ett landstingsområde.

Vi vill i detta sammanhang beröra de förändringar beträffande tillgång och efterfrågan på tandläkare som just nu är aktuella. Vi har informerats om att socialstyrelsen genom en enkät i oktober 1981 till samtliga huvudmän för folktandvården funnit att landstingens efterfrågan på tandläkare till folktandvården under år 1982 beräknas komma att svara mot nettotillskottet av tandläkare. För de närmaste åren därefter synes det osäkert om den av landstingen hittills planerade utbyggnaden av folktandvården kommer att svara mot den förbättrade tillgången på tandläkare. Införandet av allmäntjänstgöring i folktandvården efter tandläkarexamen men före legitimering som tandläkare från den 1 januari 1984 synes enligt hittills redovisad planering innebära att arbetsmarknaden inom folktandvården för nylegitimerade tandläkare i anslutning härtill blir begränsad.

Det är enligt vår mening utomordentligt angeläget att det ökande antalet tandläkare och annan tandvårdspersonal kan beredas sysselsättning inom de regioner som har en låg tandläkartäthet. Det är viktigt att detta tillskott inte disponeras så att det leder till en ytterligare försämring av den regionala balansen.

7.2.1 *Folktandvårdens utbyggnad*

I folktandvårdslagen fastslås landstingens ansvar för barn- och ungdomstandvården. Beträffande vuxentandvården anger lagen att landstingen skall tillhandahålla sådan i lämplig omfattning.

I den utbyggnadsmodell för folktandvården som 1970 års utredning om allmän tandvårdsförsäkring skisserade, räknade man med att folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården exklusive specialisttandvården skulle stiga från 20 % 1971 till ca 35 % 1980 räknat i tandläkartimmar. Beräkningen grundades på att i stort sett hälften av folktandvårdens nettotillskott på tandläkartimmar skulle tillföras vuxentandvården. Orsaken

härtill var att folktandvårdens tandläkare avtalsenligt skulle få arbeta ungefär halva tiden i vuxentandvård.

Enligt riksdagens beslut var avsikten att folktandvården vid utgången av 1970-talet skulle vara så utbyggd att den skulle svara för ca 35 % av vuxentandvården (SfU 1973:20 s. 16). Denna del av 1973 års beslut är ännu inte genomförd och kan som tidigare redovisats inte heller förväntas bli genomförd under den närmaste tiden. Under den tioårsperiod då barn- och ungdomstandvården har prioriterats har folktandvårdens andel av vuxentandvården endast stigit från 20 till 23 %. Andelen vuxentandvård 1979 i de olika landstingen har redovisats i kapitel 3.2. Det finns enligt vår mening inga skäl som talar för att riksdagen nu bör ändra sin målsättning från 1973.

Vi har tidigare framhållit att den nuvarande regionala obalansen framstår som oacceptabel. Om den nuvarande orättvisa fördelningen mellan olika delar av landet skall kunna utjämnas måste landstingen enligt vår mening ta på sig ett ökat ansvar. På samma sätt behövs ett ökat ansvarstagande från landstingen för att komma till rätta med den obalans som finns inom olika landstingskommuner.

Samhället måste ta ett särskilt ansvar för de grupper som idag behöver men inte har tillgång till tandvård eller av olika skäl inte utnyttjar den tandvård som finns. Detta förutsätter dock att folktandvården har tillräckliga resurser.

Folktandvården har spelat en framträdande roll vad gäller satsningen på förebyggande tandvård framförallt för barn och ungdomar. Satsningen på förebyggande vård är en viktig faktor då det gäller att inom de snäva samhällsekonomiska ramarna förbättra tandhälsan. Som tidigare redovisade uppgifter utvisar har tandhälsan hos barn och ungdomar förbättrats i betydande utsträckning under 1970-talet. Möjligheterna att förbättra hela befolkningens tandhälsa hänger nära samman med möjligheterna att vidmakthålla den förbättrade tandhälsan bland barn och ungdomar även när de blir vuxna. Det är således viktigt att folktandvården genom uppföljning och förebyggande insatser kan understödja den positiva utveckling som sker. Vi finner det mycket angeläget – såväl av samhällsekonomiska som humanitära skäl – att den förebyggande vården byggs ut för den vuxna befolkningen. Folktandvården har särskilda förutsättningar härvidlag.

Vi anser också att folktandvården genom att den ingår som en del av landstingens totala vårdverksamhet har särskilt goda förutsättningar för att medverka till uppsökande verksamhet bland de grupper som f. n. inte har tillgång till eller av olika skäl inte efterfrågar tandvård. Folktandvården har goda möjligheter att inom ramen för en uppsökande verksamhet beakta fördelningen mellan kommuner och mellan befolkningsgrupper.

Speciell uppmärksamhet bör också riktas mot de åldersgrupper som nu lämnar barn- och ungdomstandvården och som i regel har en mycket god tandhälsa. De insatser som gjorts för dessa åldersgrupper kan betraktas som en värdefull investering som det gäller att ta till vara. Folktandvården bör ta ett särskilt ansvar för att dessa åldersgrupper även i fortsättningen får en regelbunden tandhälsovård.

Förutom förhållandet att folktandvårdens tandläkare enligt avtal endast skall behöva arbeta ungefär halva sin tid med barn- och ungdomstandvården finns alltså enligt vår mening flera skäl som talar för att bibehålla 1973 års

målsättning avseende vuxentandvården. Enligt vår mening är de skäl vi redovisat av sådan vikt att det kan ifrågasättas om inte folktandvården på sikt bör öka sin andel av vuxentandvården ytterligare – till förslagvis 50 %.

Vi vill understryka att även om folktandvården har ett särskilt ansvar för att tillhandahålla tandvård i de områden där människorna eljest inte skulle få sådan vård, folktandvården därför inte bara bör byggas ut på de orter som är mindre attraktiva för privatpraktiserande tandläkare. Folktandvården bör enligt vår mening också få möjlighet att utvecklas på de mer attraktiva orterna.

För att säkerställa att folktandvården byggs ut till den omfattning som 1973 års reformbeslut innebar – ca 35 % av vuxentandvården – anser vi att landstingen bör åläggas detta i lag. Vi föreslår att i tandvårdslagen införs en särskild bestämmelse om att landstingen skall tillhandahålla minst 35 % av vuxentandvården i landstingsområdet. Vi är medvetna om att utgångsläget varierar starkt mellan landstingen och att olika landsting kan behöva olika lång tid för att uppfylla lagens krav. Vi föreslår därför att socialstyrelsen skall kunna meddela dispens från denna skyldighet.

Beräkningen av folktandvårdens andel kan göras på grundval av det totala antalet tandläkartimmar som rapporteras av privatpraktiserande tandläkare respektive folktandvårdstandläkare (exklusive tid inom institutionstandvård och specialisttandvård). Närmare bestämmelser om beräkningen av andelen vuxentandvård bör utformas av socialstyrelsen efter samråd med landstingsförbundet.

Distriktstandvårdens andel av vuxentandvården har redovisats i tabell 7. Vi har med utgångspunkt från den nuvarande situationen sökt beräkna när landstingen – utom Stockholms läns landsting samt Göteborg och Malmö kommuner – kan ha nått andelen 35 % av vuxentandvården. Om nettotillskottet av tandläkare tillförs folktandvården och de tillkommande tandläkarna arbetar 50 % inom vuxentandvård bör utbyggnaden till 35 % vara klar någon gång under perioden 1985–1986. Vi har stannat för att ange 1987 som den tidpunkt då utbyggnaden till 35 % bör kunna vara genomförd.

I Stockholm, Göteborg och Malmö är folktandvårdens andel av vuxentandvården väsentligt lägre än i landet i övrigt (14, 10 resp. 12 %). Samtidigt är tandläkartätheten mycket hög jämfört med landet i övrigt. Utbyggnaden av folktandvården får därför inte medföra att tandläkartätheten ökas ytterligare i dessa områden så att obalansen blir ännu större. Utbyggnaden av folktandvården i dessa regioner bör ske i takt med att privatpraktiserande tandläkare lägger ned sin verksamhet i dessa områden. Vi vill erinra om att inget hinder föreligger för huvudmännen att lösa in sådana privata tandläkarmottagningar, inklusive etableringsrätt, som blir lediga.

Mot denna bakgrund bör dessa kommuner om det behövs kunna medges undantagande från skyldigheten att tillhandahålla 35 % av vuxentandvården under hela den närmaste tioårsperioden, dvs. till och med år 1992.

7.2.2 *Kvotering och etableringsregler*

Som vi tidigare visat är tandvårdsresurserna mycket ojämnt fördelade såväl mellan som inom de olika regionerna. Vi har mot denna bakgrund funnit det

nödvändigt att bibehålla möjligheterna till kvotering av tandläkartjänster inom folktandvården till olika delar av landet och till begränsning av tandläkares rätt att öppna privatpraktik.

Kvotering

Kvoteringens huvudsyfte är att förbättra fördelningen av tandläkare inom folktandvården mellan landstingsområdena.

Folktandvården bör som vi tidigare nämnt byggas ut till att omfatta minst 35 % av vuxentandvården i samtliga landsting. För att samtliga landsting skall kunna åstadkomma en sådan utbyggnad i takt med att antalet tandläkare ökar, måste det enligt vår mening finnas möjligheter till en fortsatt kvotering av tandläkare till olika landsting. I syfte att förbättra den regionala fördelningen bör även landsting som redan nått andelen 35 % vuxentandvård, men har en tandläkartäthet som ligger under genomsnittet i riket, tilldelas ytterligare resurser. Vi vill erinra om att motsvarande behov av fördelning av tillkommande resurser ligger bakom det system med solidarisk läkarförsörjning som tillämpas inom sjukvården. Socialstyrelsen bör därför få möjligheter att även i fortsättningen kvotera anställningsmöjligheter av tandläkare till de olika landstingsområdena. Detta bör ske i samråd med landstingsförbundet.

Det kan även i detta sammanhang bli nödvändigt att socialstyrelsen tillämpar särskilda regler för Stockholm, Göteborg och Malmö. För att tandläkartätheten i dessa områden inte skall öka och därmed göra obalansen ännu större bör antalet tandläkare i dessa områden inte få öka utöver det antal som finns där nu. Folktandvården i de nämnda områdena bör därför inte byggas ut i snabbare takt än antalet privatpraktiserande tandläkare minskar genom att de flyttar till andra delar av landet eller av andra anledningar lägger ned sin verksamhet i de nämnda storstadsområdena.

Etableringsregler

Den nuvarande bestämmelsen om etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare tillkom för att folktandvårdens behov av tandläkare under tiden för utbyggnaden i första hand av barn- och ungdomstandvården skulle kunna tryggas. Bestämmelsen, som finns införd i punkt 9 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, har tillämpats av riksförsäkringsverket sedan början av år 1974. Bestämmelsen kan tillämpas till utgången av 1982.

Vi finner det nödvändigt att etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare kan ske även efter 1982 för att säkerställa folktandvårdens utbyggnad och därmed en förbättrad regional balans. Med hänsyn till att syftet med reglerna främst är att uppnå en bättre regional fördelning bör ansvaret för tillämpningen överföras till socialstyrelsen som är statens planeringsorgan i dessa frågor. Härigenom kan bedömningarna angående kvortering till folktandvården och etablering av privatpraktiserande tandläkare samordnas.

Vi föreslår att de allmänna försäkringskassorna under de närmaste fem åren inte skall få föra upp några privatpraktiserande tandläkare på sina

förteckningar med mindre än att socialstyrelsen tillstyrkt detta i varje enskilt fall. Det torde ofta vara lämpligt att sådan tillstyrkan avser verksamhet inom viss ort/kommun inom ett landsting. Tillstyrkan bör även kunna ges på andra villkor eller för viss tid. Innan socialstyrelsen beslutar i frågan om tillstyrkande bör styrelsen i varje ärende höra landstinget i det område verksamheten avses äga rum. Det förutsätts att landstinget i sin tur tar upp frågan i det lokala samrådsorganet med representanter för landstinget och den lokala tandläkarföreningen. Ingår inte någon representant för försäkringskassan i samrådsorganet bör landstinget även ta upp frågan med försäkringskassan.

Eftersom socialstyrelsens beslut om tillstyrkande blir avgörande för en tandläkares möjligheter att få bli uppförd på försäkringskassans förteckning blir försäkringskassans beslut av mer formell natur. Under sådana förhållanden anser vi att tandläkaren i fråga bör kunna få en särskild överprövning av socialstyrelsens beslut, om det går honom emot.

Den föreslagna ordningen bör gälla samtliga tandläkare som önskar bli uppförda på förteckning hos en försäkringskassa. Samma prövning bör sålunda ske även om en tandläkare redan tidigare bedriver verksamhet i privat tandvård inom en annan försäkringskassas område.

Om tillgången på tandläkare medger det bör socialstyrelsen kunna tillåta nyetablering av privatpraktiserande tandläkare på bristorter i sådana landsting, där folktandvården ombesörjer minst 35 % av vuxentandvården och tandläkartätheten ligger under genomsnittet för landet. I övrigt torde socialstyrelsen kunna hämta ledning från de principer för etableringsbegränsning som tillämpats av riksförsäkringsverket bl. a. ifråga om s. k. ersättningsetablering. Som tidigare nämnts har dessa utarbetats i samarbete mellan riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, landstingsförbundet och tandläkarförbundet.

En mer restriktiv bedömning än vad som hittills tillämpats kan dock tänkas bli aktuell, när det gäller tandläkare som vill slå sig ned i storstadsområdena, i första hand Stockholm, Göteborg och Malmö.

Eftersom folktandvårdens andel av vuxentandvården i Stockholm, Göteborg och Malmö är så låg kan hela den närmaste tioårsperioden komma att behöva tas i anspråk för utbyggnaden av den. Med hänsyn härtill anser vi det nödvändigt att bestämmelsen om etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare gäller till utgången av år 1992 beträffande Stockholms läns, Malmö och Göteborgs allmänna försäkringskassor.

När det gäller etablering av tandläkare inom Stockholms läns försäkringskassas område utanför Stor-Stockholm bör socialstyrelsen kunna tillämpa en bedömning som medför samma möjligheter till etablering som gäller för tandläkare i övriga landet utanför de tidigare nämnda storstadsregionerna.

Det huvudsakliga underlaget för socialstyrelsens tillämpning av etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare – liksom vid kvotering till folktandvården – bör utgöras av landstingens tandvårdsplaner.

För närvarande sker en noggrann uppföljning av tandläkarsituationens utveckling av riksförsäkringsverket, socialstyrelsen och landstingsförbundet. En sådan uppföljning är av största betydelse även i fortsättningen för socialstyrelsens styrning av tandläkarresursena till såväl folktandvården som

till privattandvården. Detta gäller även sedan möjligheten till sådan styrning upphört. Skulle det i denna situation visa sig att den regionala fördelningen försämras är det viktigt att socialstyrelsen snabbt kan underrätta regeringen om detta.

7.2.3 *Tandvårdsplaner*

Vi har tidigare redovisat vårt förslag att bygga ut det nuvarande systemet med tandvårdsplaner att omfatta såväl den tandvård som utförs av folktandvården som den som bedrivs av privatpraktiserande tandläkare.

Vi har också föreslagit att landstingen får ansvaret för att tandvårdsplaner upprättas i samverkan med privattandvården. Fastställandet av tandvårdsplanen bör även i fortsättningen ankomma på landstinget. Planen bör ses över minst vart tredje år.

Tandvårdsplanerna bör på sikt kunna fungera som styrinstrument för en mer rättvis fördelning av resurserna såväl mellan som inom landstingen. Vi har diskuterat att författningsmässigt reglera utformningen av en sådan styrning sedan möjligheterna till kvotering och etableringsbegränsning upphört. Vi anser dock att en sådan styrning skulle kunna ske genom frivilliga överenskommelser mellan landstingen samt mellan landstingen och tandläkarförbundet. Vi har därför avstått från att föreslå att denna fråga regleras i lag. Vi förutsätter dock att statsmakterna kommer att se till att så sker, om problem med den regionala balansen kvarstår och inte kan lösas på annat sätt.

Enligt vårt förslag till tandvårdslag åläggs landstingen skyldigheter i olika avseenden på tandvårdens område. Vidare anser vi att socialstyrelsen bör få möjlighet att under den närmaste tioårsperioden styra tandläkarresurserna på såväl folktandvårds- som privatpraktikersidan. För båda dessa ändamål bör tandvårdsplanerna innehålla lämpligt underlag. I det följande framför vi några synpunkter på det innehåll vi anser att tandvårdsplanerna bör få. Vi utgår från att närmare anvisningar om tandvårdsplanernas innehåll kommer att utarbetas av socialstyrelsen även i fortsättningen.

Tandvårdsplanen bör innefatta redovisning av vårdsituationen inom såväl barn- och ungdomstandvården som vuxentandvården. Det föreslagna systemet för planering förutsätter tillgång till data avseende tillgången på tandvårdspersonal på kommunnivå. Sådana data är f. n. svårtillgängliga. Vi föreslår att uppgifter om antalet till försäkringen anslutna tandläkare och deras arbetstid per kommun och år inhämtas, liksom uppgifter angående övrig personal.

Av tandvårdsplanen bör vidare framgå resursbehovet för uppfyllande av övergripande vårdmål såväl vad avser tandsjukvård som tandhälsovård. Behovet av resurser såväl för utbyggnaden av folktandvården som för den privata tandvården bör anges på kommun- eller kommundelsnivå.

Vi har som ett övergripande mål angett att alla som behöver och efterfrågar tandvård skall kunna erhålla sådan på i princip lika villkor. Allt eftersom tandvårdens resurser ökar bör de vuxna kunna erbjudas tandvård på ett aktivare sätt, t. ex. genom olika informationsåtgärder. Avsikten är sålunda att på sikt alla vuxna skall kunna få den regelbundna tandvård de behöver.

För att styra utvecklingen mot ett sådant mål erfordras tillgång till uppgifter om hur stor andel av en årsgrupp (täckningsgraden) som f. n. får regelbunden tandvård samt om hur denna andel förändras år för år. Dessa uppgifter bör inhämtas från både folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna. Sådan information finns f. n. inom barn- och ungdomstandvården.

Inom barn- och ungdomstandvården har andelen behandlade av årsgruppen hittills mätts per år. Omfattande erfarenheter talar nu för att revisionsintervallen kan vara längre än ett år. Mot denna bakgrund bör täckningsgraden i fortsättningen kunna relateras till inom barn- och ungdomstandvården 18 månader samt inom vuxentandvården 24 månader. Vi vill fästa uppmärksamhet på att revisionsintervallens längd för den enskilde patienten självfallet måste bedömas från odontologiska utgångspunkter och från tillgången på tandläkare och profylaxpersonal. I det individuella fallet kan det givetvis vara motiverat att göra intervallerna betydligt kortare.

Det bör ankomma på landstingen och de privata tandläkarna att i samverkansavtal överenskomma om det planeringsunderlag som behövs. Till ledning för sådan statistik förutsätter vi att centrala anvisningar utfärdas genom socialstyrelsens försorg.

I avvaktan på tandvårdsplaner som redovisar utbyggnadssituationen avseende vuxna i täckningsgrader kan kvoteringen inledningsvis utgå från faktisk tandläkartäthet inom de olika regionerna. Det material som vi genom enkät till huvudmännen insamlat avseende tandläkartätheten på landstings- och kommunnivå kan därvid tjäna som underlag.

7.2.4 *Samverkan – samverkansavtal*

För att befintliga resurser på bästa sätt skall kunna utnyttjas för de mest angelägna behoven krävs att en samverkan mellan folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna kommer till stånd. Vi utgår från att en sådan samverkan skall kunna ske på frivillighetens väg. I viss mån bör den formaliseras genom att samverkansavtal träffas mellan landstingen och de privatpraktiserande tandläkarna.

Sådana avtal kan träffas på tre nivåer.

1. *Centralt samverkansavtal* (ramavtal) mellan landstingsförbundet och tandläkarförbundet
2. *Lokala samverkansavtal* mellan respektive landsting och de lokala tandläkarföreningarna
3. *Individuella avtal* mellan respektive landsting och de enskilda tandläkarna (i förekommande fall med Praktikertjänst AB).

Vi anser att det böra vara tillräckligt att s. k. rekommendationsavtal träffas mellan landstingsförbundet och tandläkarförbundet respektive mellan landstingen och de lokala tandläkarföreningarna. I sådana avtal förbinder sig tandläkarförbundet respektive den lokala tandläkarföreningen att hos medlemmarna verka för att avtalet följs. Tandläkarförbundet har förklarat att dess medlemmar lojalt kommer att följa sådana avtal. Enligt uppgift är

det inte mer än ett 50-tal privatpraktiserande tandläkare som inte är medlemmar i tandläkarförbundet.

Ett *centralt avtal* kan fungera som en ram för de lokala avtal som måste träffas. Det bör därför inte vara detaljerat utan innehålla riktlinjer. För att åskådliggöra hur vi tänkt oss innehållet i sådant avtal lämnas här nedan några exempel.

Formen för samverkan mellan landsting och privatpraktiserande tandläkare exempelvis hur en samrådsgrupp skall se ut, sammansättning, arbetsuppgifter, ekonomisk ersättning till de medverkande, sekretariatsfrågor m. m.

Arbetsuppgifter för samrådsgruppen kan vara
fördelning av kvoterade resurser
planeringssamverkan, exempelvis vid upprättande av tandvårdsplaner
joursamverkan och semesterplanering
fördelning av 20-åringar och andra "nya" patienter
omhändertagandet av handikappgrupper

Vidare kan i avtalet anges:
principer för prioritering av vårdmål
principer för överenskommelse om vårdinnehåll – tillämpning av behandlingsprogram
principer för vårdåtagande beträffande exempelvis institutionsvård och handikappgrupper
principer för insamlande av vårdstatistik

De *lokala avtalen* bör i stort sett kunna ha samma innehåll som det centrala avtalet men vara mer konkreta och detaljerade samt anpassade till de lokala förhållandena.

De lokala avtalen kan kompletteras med *individuella avtal* mellan landstinget och den enskilde tandläkaren.

I dessa kan överenskommelse träffas om exempelvis tandläkarens medverkan i barn- och ungdomstandvård och institutionstandvård. Sådana avtal förekommer redan idag. I och med att landstingen får ett övergripande ansvar för tandvården kan de individuella avtalen komma att tillämpas i större utsträckning.

7.2.5 *Samrådsgrupp*

I förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag står det att planering och utveckling av hälso- och sjukvården skall bedrivas i samarbete bl. a. med de enskilda vårdgivarna. Med hänvisning bl. a. till att behovet av samverkan mellan landsting och andra vårdgivare varierar med hänsyn till frågornas art och omfattning fann HSU inte skäl att föreskriva viss form för samverkan.

Inte heller vi finner det lämpligt att föreslå viss form för samverkan inom tandvårdens område. Däremot vill vi peka på att de lokala samrådsgrupper som bildades i samband med tandvårdsförsäkringens införande bör kunna utvecklas och få ytterligare uppgifter. Vi vill erinra om att det kan finnas skäl att även andra intressen finns företrädda i samrådsgrupperna t. ex. företrädare för försäkringskassorna, tandteknikerna och andra yrkesgrupper.

Gruppernas sammansättning och formerna för deras verksamhet bör kunna tas upp i det centrala avtal som i framtiden kan komma att slutas mellan landstingsförbundet och tandläkarförbundet.

Exempel på frågor som bör kunna behandlas av samrådsgrupperna är

- närmare utformning av målen för tandvården i landstingskommunen
- hur mycket tandvårdsresurser skall finnas inom olika delar av landstingskommunen
- vilka av dessa resurser skall utgöras av privattandvård resp. folktandvård
- hur skall tandvårdsresurserna inom ramen för behandlingsprogram fördelas på de vuxna invånarna (etapptandvård, köbildning, revisionsintervaller, kallelsesystem etc.)
- akuttandvård, semesterplanering, fortbildnings- och konferensverksamhet, utnyttjande av resurser för tandhälsovård m. m.
- samverkan mellan privata tandtekniska laboratorier och folktandvården.

Samrådsgruppernas uppgift torde endast bli att diskutera och bereda frågorna. Det ankommer på landstinget att fatta beslut beträffande frågor som faller inom landstingskommunens kompetensområde.

7.3 Förebyggande tandvård

De två dominerande tandsjukdomarna karies och parodontit (tandröta och tandlossning) kan i stor utsträckning förebyggas. Vi har tidigare redovisat utvärderingar av den tandhälsovård som idag ges inom ramen för den organiserade barn- och undomstandvården. Effekterna på tandhälsan är enligt dessa utvärderingar avsevärda och innebär betydande hälsomässiga och samhällsekonomiska vinster.

Vi har också berört genomförda och pågående försök med tandhälsovård till vuxna. Dessa försök pekar entydigt på att konsekventa satsningar på tandhälsovård leder till ökad tandhälsa hos befolkningen och är lönsamma. Forskningen har också visat att enbart reparativ tandvård inte är en framkomlig väg till målet tandhälsa.

Mot denna bakgrund har vi föreslagit följande målsättning för den förebyggande tandvården i framtiden.

För att inom ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme inrikta tandvårdsresurserna mot målet tandhälsa hos hela befolkningen bör tandvårdsresurserna fördelas så att förebyggande tandvård på sikt kan erbjudas alla vuxna.

Vi anser sålunda att en utökning av den förebyggande tandvården är angelägen med hänsyn till den hälsovinst som kan förväntas och den ekonomiska lönsamheten för såväl samhälle som individ. För närvarande sker en utveckling, som innebär att de förebyggande insatserna för vuxna ökar. Med hänsyn till de hälsovinster som kan uppnås på denna väg anser vi att denna utveckling bör påskyndas. I det följande lägger vi fram några förslag i denna riktning.

En lämplig fördelning av tandvårdsresurserna och en anpassning av dessa till utvecklingen ställer krav på prioriteringar. Prioriteringar och genomförandet av sådana underlättas väsentligt om detta kan ske i en enhetlig organisation. Som vi tidigare framhållit har folktandvården särskilda förutsättningar vad gäller utbyggnaden av den förebyggande vården för den

vuxna befolkningen. Vi anser det viktigt att den samverkan som nu finns mellan folktandvård och privattandvård utvecklas och ges en fastare organisatorisk form.

De samverkansavtal som vi föreslagit bör kunna underlätta detta.

Vi anser att den vuxna befolkningen bör ges förebyggande tandvård mer regelbundet och i förhållande till patientens behov och att denna vård bör samordnas med tandsjukvården. Hur detta skall ske bör närmare utvecklas i de behandlingsprogram som vi föreslagit att socialstyrelsen skall utarbeta. Tillämpningen av sådana behandlingsprogram bör som vi nämnt utformas och följas upp inom de olika landstingen.

Vi anser att så stor del av tandhälsovården som möjligt bör utföras av profylaxpersonal. Detta bör beaktas när det gäller utbildningen av denna personal och när det gäller att bestämma vilka åtgärder som får utföras av profylaxpersonal. Det bör också beaktas vid utformningen av behandlingsprogrammen för vuxna. Tandläkarnas tid bör i första hand användas för uppgifter, som bara tandläkare har kompetens att utföra.

Vi anser vidare att utbildningen av profylaxpersonal bör öka. En sådan ökning – kombinerad med en begränsning av tandläkarutbildningen – bör kunna ge en för tandhälsovården gynnsammare relation mellan tandläkare och profylaxpersonal. Vi återkommer till denna fråga i avsnitt 7.11.

De förebyggande åtgärderna kan till stor del utföras av individen själv. Vi anser att patienterna bör stimuleras att ta ett eget ansvar för sin tandhälsa. Från tandvårdspersonalens sida krävs att de kan motivera patienten till detta och undervisa i tandhälsovård på ett lämpligt sätt. Det är angeläget att tandvårdspersonalens uppgifter härvidlag beaktas vid utbildning av personalen.

Tandvårdstaxans utformning påverkar såväl tandvårdsefterfrågan som tandvårdsutbudet. Vi anser att tandvårdstaxan skall vara utformad så att den stimulerar utvecklingen av tandhälsovården. Vi återkommer till denna fråga i vårt kommande betänkande angående tandvårdstaxan.

De ungdomar som vid 20 års ålder lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården har som regel en mycket god tandhälsa. För att denna skall kunna bibehållas genom åren bör de som vi tidigare framhållit även i fortsättningen erbjudas regelbunden tandvård. Flera landsting har prövat kallelsesystem för dessa ungdomar. Genom samarbete med den lokala tandläkarföreningen sker en fördelning av ungdomarna på folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna. Vi anser att ett sådant erbjudande av vård bör komma till stånd i ökad utsträckning.

Som arbetsgruppen för profylax beskrivit i sin rapport (se bilaga 6) har vissa större företag utökat sin företagshälsovård till att även omfatta viss tandvård med stort inslag av förbyggande vård. Detta kan vara ett sätt att nå ut med förebyggande tandvård till grupper som själva inte skulle efterfråga sådan.

Företag med tandhälsovård redovisar ett förbättrat tandhälsotillstånd hos de anställda. Vi anser det därför motiverat med utökad sådan försöksverksamhet. Denna bör i första hand erbjuda förebyggande tandvård. En uppgift för företagstandhälsovården bör vara att undersöka om det föreligger risker för tandhälsan i arbetsmiljön.

Till företagshälsovården bör enligt vår mening knytas tandhygienister

och/eller profylaxtandsköterskor. Folktandvården bör kunna engageras i denna uppgift.

Om tandhälsovården vid ett företag skall byggas ut till att omfatta även viss reparativ tandvård får bli beroende dels på de lokala förhållandena, dels på tillgången till tandläkare. Enligt vår mening bör folktandvårdens behov av tandläkare prioriteras.

7.4 Pensionärerna

Enligt vårt lagförslag har landstinget ett övergripande ansvar för att en god tandvård erbjuds alla dem som är bosatta i landstinget. Detta bör få särskild betydelse för pensionärerna.

Det finns i landet ungefär 1,8 miljoner pensionärer. Endast ett mindre antal av dessa får regelbunden tandvård. Enligt riksförsäkringsverkets tandvårdsstatistik besökte endast ca en fjärdedel av invånare över 70 år tandläkare åtminstone en gång under en fyraårsperiod. Den låga siffran kan delvis förklaras med att en stor del av den äldre befolkningen saknar egna tänder och därför inte har så stort behov av regelbundna tandläkarbesök. I framtiden kan man dock räkna med att färre pensionärer saknar egna tänder. Av denna anledning kommer pensionärernas tandvårdsbehov sannolikt att öka.

Många pensionärer finns intagna på olika institutioner och bör få sitt tandvårdsbehov tillgodosett där. Det torde dock finnas ganska många pensionärer med otillfredsställda vårdbehov. Inom socialstyrelsens äldreomsorgsprogram har en litteraturgenomgång gjorts som resulterat i rapport nr 9 "De äldres tandvårdssituation". I denna rapport finns ett underlag för vidare studier och insatser inom området.

Vi ser det angeläget att pensionärernas behov av tandvård tillgodoses. I första hand bör en kartläggning göras av gruppens tandvårdsbehov. Detta bör lämpligen kunna ske genom socialstyrelsens försorg i samverkan med landstingsförbundet.

Hjälp med förmedling av tandläkarkontakter kan behövas för pensionärerna. Uppsökande verksamhet bör därför enligt vår mening bedrivas i nära samverkan mellan folktandvården och primärkommunerna. Därmed kan en dubbelorganisation undvikas. Vi vill erinra om att primärkommunerna enligt socialtjänstlagen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.

7.5 Institutionstandvård

Landstinget har redan ett ansvar för att de patienter som är intagna för vård på landstingets institutioner vid behov även får tandvård. Vid akutsjukhusen är vårdtiderna i regel så korta att tandvård endast tillfälligt aktualiseras i form av akuta fall. Inom den somatiska och psykiatriska långvården är behovet av tandvård större. Stora krav ställs bl. a. på tandhälsovård. Problemen är mångskiftande och kräver ofta individuella lösningar.

Landstingen har byggt ut sin institutionstandvård i varierande grad och på

olika sätt. Ett tiotal landsting har organiserat institutionstandvården som en särskild vårdgren inom folktandvården och ungefär lika många planerar en sådan lösning. Många vårdinstitutioner har egen tandklinik. Enligt en enkät som socialstyrelsen gjort 1981 var antalet sjukhustandläkare i landet 183, varav 64 heltidsanställda, 60 deltidsanställda och 50 anställda för visst antal timmar.

För närvarande är det endast för barn och ungdom samt för omsorgspatienter som landstingen har ett lagfäst tandvårdsansvar. Med hänsyn till att institutionstandvården erbjuder särskilda problem och till att det är mycket angeläget att de intagna får tandvård föreslår vi att landstingen får ett lagfäst tandvårdsansvar för alla dem som är intagna på av landstinget drivna vårdinstitutioner.

För dem som vistas på institutionen kortare tid än sex månader bör ansvaret i första hand innefatta akuttandvård. För dem som är intagna för längre tid bör ansvaret gälla fullständig tandvård i vilken tandhälsovården är en mycket viktig del. Tandvården bör kunna tillhandahållas antingen inom folktandvårdens ram eller genom avtal med privatpraktiserande tandläkare.

Även för dem som vistas på enskilda vårdhem föreligger ett tandvårdsbehov. Landstingen betalar vårdavgiften för flertalet av patienterna på dessa vårdhem. Vi utgår från att landstingen medverkar till att lösa tandvårdsfrågan även vid dessa.

Även vid andra än de nämnda institutionerna finns det behov av att få tandvårdsfrågan löst. Till dessa hör kriminalvårdens anstalter.

Enligt kriminalvårdsverkets föreskrifter har varje intagen på kriminalvårdsanstalt rätt att erhålla akuttandvård om han anmäler behov av detta. Kompletterande tandvård meddelas i den mån verkställighetstidens längd gör detta möjligt. Tandvården meddelas i första hand av särskilt anlitade tandläkare och i andra hand vid mottagning utanför anstalten. Internerna har ofta ett mycket stort behov av tandvård. Från rehabiliteringssynpunkt är det av stor betydelse att de får detta behov tillgodosett.

Enligt kriminalvårdsverket är det svårt att rekrytera tandläkare som är villiga att behandla internerna bl. a. på grund av hepatitrisken.

Vi anser att ansvaret för att internerna får tandvård bör ligga hos kriminalvårdsverket. Landstingen bör emellertid enligt vår mening medverka till att kriminalvårdsanstalterna får den tandläkarhjälp som behövs. Utgångspunkten är att undvika dubbelorganisation inom tandvården. Denna fråga bör lösas genom förhandlingar mellan kriminalvården och landstingen.

7.6 Tandvård till handikappade

7.6.1 *Behov av särskilda ersättningsregler inom försäkringen för tandvård till handikappade*

Inom den allmänna försäkringen finns i huvudsak två ersättningsformer, som kan tillämpas för att helt eller delvis täcka aktuella patientgruppers kostnader för tandvård, nämligen tandvårdsförsäkringen och handikapper-

sättningen. Tandvårdsförsäkringens ersättningsregler har tidigare berörts. Beträffande handikappersättningen kan följande nämnas.

Bestämmelserna om handikappersättning infördes 1 juli 1975. Handikappersättningen avser att täcka merkostnader som förorsakats av handikapp/allmänsjukdom. Den utgår för närvarande årligen med 31 %, 46 % eller 61 % av basbeloppet allt efter omfattningen av den handikappades merkostnader och hjälpbehov. Handikappersättningen är inte inkomstprövad, och den är skattefri. Alla merkostnader som beror på handikapp/allmänsjukdom kan i princip vägas in i bedömningsunderlaget för handikappersättning. En förutsättning är dock att de är stadigvarande – återkommande med periodicitet – under inte alltför kort tid framöver. Merutgifter av engångskaraktär kan således inte vägas in i bedömningen. Merkostnader kan ofta vara svåra att dokumentera. Det är försäkringskassans uppgift att hjälpa den enskilde att spåra upp dem. Kostnader för tandvård intar ingen särställning i förhållande till andra slag av merkostnader.

Vid våra överväganden om behovet av särskilda ersättningsregler inom tandvårdsförsäkringen för olika handikappgrupper har vi utgått ifrån det numera allmänt omfattande synsättet, att samhället i princip skall bära de merkostnader för den enskilde som förorsakats av handikapp/allmänsjukdom. Enligt samma grundsyn har den enskilde däremot att själv stå för den normala kostnad för social och annan service som var och en måste betala.

Med hänsyn till bestämmelserna om handikappersättning har vi inte funnit skäl att föreslå några generella ersättningsregler inom tandvårdsförsäkringen för handikappade. Utöver vad som redan nu stadgas i 9 § tandvårdstaxan anser vi dock att särskilda regler är motiverade i följande två fall. Behandling av tandskada, som orsakats av epileptiskt anfall, bör vara kostnadsfri för patienten. Likaså behandling till följd av muntorrhet på grund av strålbehandling. Det kan här bli frågan om betydande merutgifter, som i regel inte kan åberopas i ärenden om handikappersättning. Vidare bör det i dessa fall vara lätt att fastställa sambandet mellan grundsjukdomen och behovet av tandvård. Regler om kostnadsfri behandling i dessa fall bör föras in i nuvarande § 9 i tandvårdstaxan. Vi återkommer till denna fråga i vårt kommande betänkande angående tandvårdstaxan.

7.6.2 *Ersättning för resor*

Bestämmelserna i sjukreseförordningen (SFS 1975:964) om ersättning för resor, för vilka redogjorts i kap. 2, innebär att ett karensbelopp om 38 kr betalas av den försäkrade vid ett vanligt tandläkarbesök. I förordningen finns regler om bl. a. rätt till följeslagare, om hänsyn till den försäkrades tillstånd vid val av färdsätt och om rätten att fara till närmaste tandläkare, som har möjlighet att bereda den försäkrade tandvård inom försäkringens ram. Sistnämnda bestämmelse medför möjligheter för en handikappad till ersättning för resor till exempelvis tandläkare med rullstolsanpassad eller allergisanerad mottagning.

Många patienter med handikapp/allmänsjukdom, som inte kan anlita färdtjänst till väsentligt reducerad kostnad, torde emellertid i genomsnitt oftare än övriga patienter få betala fullt karensbelopp, därför att de måste

resa med taxi eller måste besöka sin tandläkare oftare. I sådana fall uppkommer en merkostnad på grund av handikappet, som bör betraktas på samma sätt som merkostnaden för tandvården. Den bör kunna åberopas i ärende om handikappersättning. Då beloppet dessutom är begränsat har vi inte funnit orsak att föreslå några särskilda regler om reseersättning för berörda patientgrupper.

7.6.3 *Tandvårdsansvaret*

För det stora flertalet handikappade gäller att de svårigheter som de kan ha att få tandvård är av praktisk och organisatorisk art. En del handikappade har dock svårigheter som förhindrar eller avsevärt försvårar tandvård på konventionellt sätt. För dessa handikappade är det viktigt att de kan lita på att de får tandvård. Vi anser att de behöver en garanti för att tandvård står till förfogande för dem på samma självklara sätt som övrig sjukvård.

Inom folktandvården har man sedan länge tagit betydelsefulla initiativ för att tillgodose angelägna tandvårdsbehov hos dessa handikappade. Det har med tiden byggts upp beaktansvärda resurser för att tillgodose sådana behov.

En enkät som vår arbetsgrupp gjort visar emellertid att nuvarande resurser, möjligen på något undantag när, inte räcker för att tillgodose föreliggande behov. Undersökningen visar även att stora skillnader föreligger landstingskommunerna emellan såväl avseende utbyggnaden som planerna för utbyggnad av tandvården för dessa handikappade.

Tandvårdsförsäkringen och handikappersättningen ger handikappade ekonomisk möjlighet att efterfråga tandvård. Socialtjänsten skall undanröja praktiska hinder och betala tandvården, när det i individuella fall är nödvändigt. Vi föreslår, att detta garantisystem nu kompletteras genom att landstingen tar på sig tandvårdsansvaret för de handikappade som har svårt att få tandvård på vanligt sätt.

Vi är medvetna om att det kan vara svårt att avgränsa de grupper det här är fråga om. Det bör överlåtas åt landstingen att göra denna avgränsning. Problemet med avgränsningen gör det svårt att beräkna gruppens storlek.

Det bör ankomma på varje landsting att avgöra utbyggnadstakten inom ramen för praktiska och ekonomiska möjligheter. Som ett riktmärke anser vi dock att utbyggnaden bör vara klar under 1980-talet. Varje landsting får också bedöma hur tandvårdsansvaret organisatoriskt, administrativt och praktiskt skall fullgöras, allt efter lokala förhållanden.

Patienten bör hänvisas till den vårdform som i det enskilda fallet är lämpligast. Det är inte alls säkert, att behandlingen behöver meddelas inom särtandvården eller inom andra resursstarka behandlingsenheter. Distriktstandvård eller behandling hos privattandläkare kan många gånger vara lämplig. Den lokala samrådsgruppen bör kunna underlätta hänvisningen av patienter till privatvården.

Vi anser det betydelsefullt att informationen till de handikappade i tandvårdsfrågor förbättras. Sådan information kan gälla vilka tandvårdsmottagningar som kan ta emot handikappade med rörelsehinder, om hur

tänderna skall skötas för att tandsjukdomar skall förhindras samt vilka merkostnader för tandvård som kan tas upp i ansökan om handikappersättning.

7.7 Specialisttandvård

Vi har diskuterat det särskilda ansvar för specialisttandvården som ålagts tandvårdens huvudmän enligt 3 § folktandvårdslagen. För huvudmän som inte har tillräckligt befolkningsunderlag för att själva kunna klara av ansvaret för alla nuvarande eller tillkommande specialiteter kan detta innebära problem. Det kan enligt vår mening många gånger vara lämpligt att ett landsting löser sin specialisttandvård i samverkan med angränsande landsting på samma sätt som förekommer inom sjukvården.

Vi har också granskat tandvårdsförsäkringens ersättningsregler för specialisttandvård utförd av privatpraktiserande tandläkare. Enligt dessa får den särskilda specialisttaxan (avd. C i bilaga A till tandvårdstaxan) tillämpas av privatpraktiserande tandläkare som har specialistkompetens i någon av specialiteterna tandsystemets kirurgiska sjukdomar, tandlossningssjukdomar, rotbehandling eller tandreglering. Enligt övergångsbestämmelserna får specialisttaxan endast tillämpas av dem som vid utgången av 1972 var verksamma i privat tandvård. Tandläkare som önskade tillämpa specialisttaxan skulle uppge detta i samband med att de anmälde sin verksamhet till försäkringskassan senast 1 september 1973.

Vi har i våra överväganden funnit att specialisttandvården i framtiden bör i huvudsak bedrivas i folktandvårdens regi. De specialisttandläkare som f. n. har rätt att tillämpa specialisttaxan bör få göra detta så länge de är verksamma inom sin specialitet.

7.8 Tandteknisk verksamhet

Enligt direktiven skall vi undersöka förutsättningarna att knyta tandteknikerna närmare till försäkringen. Detta för att öka möjligheterna till en försäkringsmässig kontroll och uppföljning av taxan. Med anledning härav har vi övervägt att ansluta tandteknikerna på samma sätt som tandläkarna. För tandteknikerna skulle detta bl. a. medföra möjlighet att överklaga försäkringskassans beslut i ersättningsfrågor.

Mot en anslutning av tandtekniska laboratorier kan anföras att dessa inte är vårdgivare i samma mening som andra grupper som är anslutna till försäkringen: läkare, tandläkare och sjukgymnaster. Laboratoriet kommer inte i direkt kontakt med patienten. Det är helt beroende av tandläkaren för sitt arbete. Det är tandläkaren som beställer och godkänner arbetet och som har möjligheter att kontrollera laboratoriets uppgifter om åtgärder och materialåtgång.

Sedan årsskiftet 1980/81 gäller att enskilda tandtekniska laboratorier godkänns av socialstyrelsen enligt förordningen (SFS 1980:1070) om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier. Fr. o. m. 1 juli 1981

ersätter tandvårdsförsäkringen tandtekniska arbeten, som utförs av enskilda tandtekniska laboratorier, endast om laboratoriet godkänts av socialstyrelsen. I samband härmed infördes en bestämmelse i tandvårdstaxan (25 §) som medför att den som utfört tandtekniskt arbete i viss utsträckning är skyldig att på begäran lämna handlingar och upplysningar som rör detta arbete. Genom denna bestämmelse har redan vissa krav på insyn i den tandtekniska verksamheten tillgodosetts. Vi anser att de ytterligare möjligheter till kontroll och uppföljning av taxan som behövs torde kunna åstadkommas inom ramen för nuvarande ordning.

I våra överväganden har vi inte funnit tillräckliga skäl för anslutning av tandteknikerna till försäkringen.

Det kan nämnas att vi även övervägt att helt ta bort den särskilda tandteknikertaxan. Om ersättning för tandtekniska arbeten inkluderades i den taxa som gäller för tandläkarnas åtgärder, så som fallet exempelvis är i England, skulle ersättningen till tandteknikern helt och hållet bli en uppgörelse mellan tandläkaren och tandteknikern. Detta skulle innebära vissa fördelar. Patienten skulle ha lättare att i förväg få reda på sin avgift. Riksförsäkringsverket och försäkringskassornas administration av tandvårdsförsäkringen skulle förenklas. En priskonkurrens skulle sannolikt uppstå mellan tandtekniska laboratorier vilket på sikt skulle minska såväl patientens som försäkringens kostnader för tandtekniskt arbete.

En sådan ordning skulle emellertid även medföra nackdelar. Antalet rubriker i tandläkartaxan måste utvidgas när tandteknikerarbetet skall inkluderas. De eventuella prissänkningar på tandtekniskt arbete som konkurrensen kommer att medföra kommer till en början endast tandläkaren tillgodo och kan först på sikt slå igenom i en justerad taxa. Slutligen kan priskonkurrensen medföra risk för försämrad kvalitet. På grund av dessa nackdelar har vi inte föreslagit en sådan lösning.

Slutligen vill vi erinra om vårt tidigare förslag att frågor om samverkan mellan privata tandtekniska laboratorier och folktandvården bör kunna behandlas av de lokala samrådsgrupperna.

7.9 Barns och ungdomars anslutning till försäkringen

Under tandvårdsförsäkringens första år (innan folktandvårdens kapacitet ökat) var det inte ovanligt att barn och ungdomar fortsatte sin behandling hos den privatpraktiserande tandläkare som tidigare behandlat dem. Ej tidigare behandlade barn medföljde ofta föräldrar till deras tandläkare. Om landstinget erbjöd organiserad vård till ifrågavarande åldersgrupp fick föräldrarna betala hela tandvårdskostnaden för barnet. Frågan ställdes då om inte barn och ungdomar på något sätt kunde knytas till försäkringen.

Flertalet landsting har tagit de privatpraktiserande tandläkarna till hjälp för att klara barn och ungdomstandvården. I ett gemensamt uttalande från landstingsförbundet, kommunförbundet och tandläkarförbundet år 1973 rekommenderades vissa former för omhändertagande av förskolebarn hos privatpraktiserande tandläkare. I den mån organiserad vård för åldersgruppen bedrevs skulle kostnaden för undersökning av förskolebarn debiteras landstinget. I de fall folktandvården ej hade kapacitet att behandla barnet

skulle det uppdragas åt den privatpraktiserande tandläkaren att fullfölja behandlingen på landstingets bekostnad.

Även för behandling av barn och ungdomar 6–19 år har landstingen tagit privatpraktiserande tandläkare till hjälp. Landstingen har då träffat avtal med dessa. I en del fall har tandläkare tagit hand om en hel skolklass. Det förekommer också att den folktandvårdsklinik dit barnet hör har lämnat remiss till föräldrarnas tandläkare. Alla landsting har – i varierande omfattning – betalat för barns och ungdomars tandvård hos privatpraktiserande tandläkare.

Stor enighet torde råda om det värdefulla i att barn och ungdomar får såväl förebyggande vård som reparativ vård i folktandvårdens regi.

Det kan emellertid i enstaka fall finnas särskilda motiv till att barnet behandlas av familjens tandläkare. Enligt vår mening bör landstingen i dessa fall kunna gå med på att betala tandvårdskostnaden hos "familjetandläkaren". Villkoren och formen härför bör kunna diskuteras i de lokala samrådsgrupperna. Vi anser att landstingen även i dessa fall bör ha ansvar för att barnen får förebyggande vård.

Även om det som vi ovan framhållit i vissa fall kan vara motiverat att barn och ungdomar behandlas av familjens tandläkare anser vi inte att det finns tillräckliga skäl att föreslå att barn och ungdomar ansluts till försäkringen.

7.10 Ersättning till tandvårdens huvudmän

För att möjliggöra för alla landsting att – oavsett utgångsläge – till oförändrade kostnader fullständigt bygga ut barn- och ungdomsvården under 1970-talet beslöt statsmakterna i samband med tandvårdsreformen att en viss ersättning skulle utgå till tandvårdens huvudmän. Denna ersättning regleras i 18 och 19 §§ tandvårdstaxan.

Enligt § 18 får landstinget en viss ersättning för varje fullständigt behandlat barn. F. n. är beloppet 490 kronor för barn i åldern 3–6 år och 980 kronor för barn och ungdom i åldern 7–19 år. Från denna ersättning dras ett belopp som skall motsvara de kostnader landstinget hade för barntandvård före tandvårdsreformen.

Ersättningen är utformad så att alla barn och ungdomar måste undersökas och behandlas inom en 12-månadersperiod för att maximal ersättning skall utgå. Enligt odontologisk expertis skulle i många fall intervallet kunna utsträckas till mer än 12 månader utan att tandhälsan äventyrades. Därmed skulle tandvårdsresurser kunna sparas.

I § 19 finns en garantiregel enligt vilken landsting vars kostnader för folktandvård under visst år, räknat i det pris- och löneläge som rådde 1973, överstigit de kostnader landstinget haft för tandvården 1973 får ersättning med överstigande belopp.

Enligt riksdagsbeslutet 1973 skulle ersättningarna enligt 18 och 19 §§ utgå under folktandvårdens uppbyggnadsskede dvs. till utgången av 1979. Med hänsyn till att folktandvården inte hunnit bli utbyggd enligt planerna föreslog vi i delbetänkandet att ersättningsreglerna skulle få gälla t. o .m 1982. Så blev också riksdagens beslut.

Enligt våra beräkningar kommer barn- och ungdomstandvården att vara utbyggd i nästan hela landet under 1982. Med anledning därav föreslår vi att ovannämnda ersättningsregler inte förlängs att gälla efter 1982.

I stället bör ersättning för barn- och ungdomstandvården därefter få ingå i det belopp som årligen utbetalas från sjukförsäkringen till landstingen. Ersättningens storlek bör bli föremål för förhandlingar mellan staten och landstingsförbundet. Denna ordning skulle innebära administrativa förenklingar för såväl landstingen som för riksförsäkringsverket.

Vi vill erinra om att hela frågan om ersättningen för sjukvård från staten till landstingen avses bli föremål för utredning.

7.11 Utbildningsdimensionering

Tandvårdspersonalutredningen framlade i sin slutrapport i juni 1979 vissa beräkningar av den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal. Som vi nämnt i avsnitt 5.2.3 har socialstyrelsen på uppdrag av regeringen reviderat dessa beräkningar. Den arbetsgrupp som tagit fram underlaget härför har haft samråd med oss.

Arbetsgruppen redovisar i sin rapport tre alternativ i vilka tillgången till tandhygienister beaktas på så sätt att hygienisttimmar till viss del ansetts kunna ersätta behovet av tandläkartimmar genom ökad delegering och minskat vårdbehov. I det tredje av dessa alternativ har tandläkarutbildningen reducerats till 360 intagningsplatser och kombinerats med 300 platser för hygienistutbildning. För år 1985 redovisas att detta alternativ skulle medföra ett högsta underskott på 0,2 miljoner tandläkartimmar och ett högsta överskott på 1,6 miljoner timmar.Några underskott beräknas ej uppkomma prognosåren 1990 och 2000 medan det högsta överskottet stiger till 2,5 resp. 3,3 miljoner tandläkartimmar. Enligt arbetsgruppens beräkningar finns det sålunda risk för att ett överskott av tandläkartimmar uppkommer även vid en utbildningskapacitet fr. o m. hösten 1982 om 360 tandläkarstuderande kombinerat med 300 tandhygienistelever.

De kostnadsberäkningar som arbetsgruppen redovisat beträffande de tre alternativen i fråga om tandläkarutbildningens dimensionering bygger på uppgifter och värderingar som inhämtats från universitets- och högskoleämbetet. Arbetsgruppen anför att den inte haft möjlighet att göra egna värderingar om de olika utbildningsalternativens ekonomiska konsekvenser för utbildningskostnaderna vid de odontologiska fakulteterna. Enligt uppgifter som arbetsgruppen erhållit från odontologiska fakulteter och vissa landsting beträffande kostnaderna för tandhygienistutbildning varierar dessa kraftigt.

De redovisade kostnadsberäkningarna visar dock att alternativet 360 tandläkarstuderande/300 tandhygienistelever innebär lägre totala utbildningskostnader än vad nuvarande intag till dessa utbildningslinjer medför.

I följande avsnitt (7.12) gör vi vissa bedömningar av kostnaderna för utökningen av tandhygienistutbildningen till 300 intagningar per år respektive kostnadsminskningen vid en reducerad utbildningskapacitet för tandläkare.

Som vi tidigare framhållit är en utökning av den förebyggande tandvården för vuxna angelägen med hänsyn till den tandhälsovinst som detta kan förväntas medföra och den därav följande minskningen av tandvårdskostnaderna. Vi framhåller samtidigt att så stor del av tandhälsovården som möjligt bör utföras av profylaxpersonal. Med hänvisning härtill förordar vi att utbildningskapaciteten för tandhygienister utökas till att omfatta 300 intagningar per år.

Mot bakgrund av de av socialstyrelsen redovisade nya bedömningarna av den framtida efterfrågan och tillgången på tandläkare anser vi att antalet utbildningsplatser vid de odontologiska fakulteterna bör minskas till storleksordningen 350–400 intagningsplatser per år.

Nämnda frågor sammanhänger bl. a. med olika praktiska frågor såsom ställningstagande till lokaliseringen av tandläkarutbildning, vilken fråga vi anser ligger utanför vårt uppdrag. Vi vill i detta sammanhang endast erinra om riksdagens beslut i anledning av regeringens budgetproposition 1980/81 (prop. 1980/81:100, bil. 12 s. 451, UU 1980/81:29, rskr 1980/81:354) att kapaciteten bör hållas uppe i första hand vid de högskoleenheter som disponerar den modernaste uppsättningen lokaler och utrustning, förutsatt att patientförsörjningen kan tryggas samt att utbildningen bör få en godtagbar regional spridning. Vid bedömningen bör enligt vår mening därutöver beaktas behovet av tandläkare i regioner som f. n. har lägre tandläkartäthet än andra.

Vidare behöver vid ställningstagande till nedskärning och tidpunkt för sådan de praktiska möjligheterna att utöka tandhygienistutbildningen beaktas. Vi vill också erinra om att effekterna av en nedskärning uppkommer först mot slutet av 1980-talet.

Beträffande dimensioneringen av utbildningen för tandsköterskor och tandtekniker instämmer vi i arbetsgruppens bedömningar. Vi menar sålunda att det är angeläget att huvudmännen för tandsköterskeutbildningen noga följer upp sin utbildningskapacitet i förhållande till efterfrågan på tandsköterskor. Vidare menar vi att tandteknikerutbildningens dimensionering bör bli föremål för en förnyad analys sedan effekterna av de förändringar som skett i ersättningsreglerna inom tandvårdsförsäkringen bättre kan bedömas.

7.12 Ekonomiska konsekvenser

I kapitel 1 har vi framhållit vikten av att begränsa kostnadsutvecklingen inom tandvården. Detta kan ske genom dimensioneringen av utbildningen av tandvårdspersonal, genom styrning av efterfrågan med hjälp av tandvårdstaxan samt genom att befolkningens tandhälsa förbättras som följd av en ökad satsning på tandhälsovård.

Vi har i kapitel 2 visat att de totala direkta tandvårdskostnaderna år 1979 uppgick till ca 3 600 miljoner kronor. Detta motsvarar omkring 4 600 miljoner kronor i 1981 års priser. Av detta belopp betalades år 1979 52 % av den allmänna försäkringen, 22 % av patienterna och 26 % av landstingen. De direkta tandvårdskostnadernas fördelning mellan å ena sidan försäkringen och å andra sidan landstingen och patienterna bestäms till helt

övervägande del av tandvårdstaxans utformning. Även styrning av efterfrågan på tandvård och därmed styrningen av de totala kostnaderna kan i stor utsträckning ske genom taxans regler. Vi återkommer till dessa frågor i vårt kommande betänkande om tandvårdstaxan m. m.

Försäkringens och patienternas kostnader för tandvården påverkas i princip inte av om denna vård utförs inom privattandvården eller folktandvården. Däremot kan den av oss föreslagna utbyggnaden av folktandvårdens vuxentandvård förutsättas medföra vissa nettokostnader för landstingen. Enligt landstingsförbundet kan emellertid den nuvarande kapaciteten avseende lokaler och assisterande personal anses vara så god att den omedelbara kostnadsökningen p. g. a. ökad tandläkarkapacitet kan väntas bli begränsad. När det gäller våra förslag avseende institutions- och handikapptandvård kommer däremot folktandvårdens nettokostnader att öka både för utbyggnaden och driften av verksamheten.

Med nuvarande dimensionering av tandläkar- och tandhygienistutbildningen kommer de direkta kostnaderna för tandvården år 1990 att uppgå till uppskattningsvis 5 900 miljoner kronor i 1981 års priser. Detta innebär en ökning med ca 30 %. Förändringar i utbildningens dimensionering påverkar de direkta kostnaderna mer påtagligt endast på längre sikt. Den av oss föreslagna ökningen av tandhygienistutbildningen till 300 utbildningsplatser kommer enligt TPU(r) att medföra en ökning av de direkta tandvårdskostnaderna med 40 miljoner kronor år 1990. Skulle tandläkarutbildningen skäras ned omedelbart till en årlig intagning av 360 studenter så skulle kostnaderna minska med ca 90 miljoner kronor.

Den föreslagna ökade satsningen på profylaxpersonal och på den förebyggande vården förväntas minska kostnaderna på sikt genom att behovet av tandläkarvård per individ inte kommer att vara lika stort i framtiden. Någon kvantifiering av dessa är dock inte möjlig.

Enligt TPU(r) kan de årliga kostnaderna för utbildning av tandvårdspersonal uppskattas till f. n. 158 miljoner kronor. Utbildningskostnaderna för landstingen skulle vid en ökning av tandhygienistutbildningen till 300 platser stiga med drygt 4 miljoner kronor per år.

Förändringen av utbildningskostnaderna för tandläkare vid en eventuell ändring av antalet utbildningsplatser är i hög grad beroende av utbildningens lokalisering. Nedläggningen av en högskoleenhet, t. ex. tandläkarhögskolan i Malmö, innebär besparing för staten i storleksordning 30 miljoner kronor.

Sammanfattningsvis vill vi framhålla att kostnaderna inom tandvården inte kan påverkas nämnvärt på kort sikt genom förändringar av utbildningskapaciteten för olika personalkategorier. Vi kan inte heller räkna med att genom ökad förebyggande vård förbättra befolkningens tandhälsa så snabbt att detta kan få mera betydande ekonomiska konsekvenser under 1980-talet. Snabba förändringar av tandvårdskostnaderna kan endast åstadkommas med hjälp av tandvårdstaxan. Som vi tidigare påpekat kommer taxefrågorna att behandlas i ett kommande betänkande.

Reservation

Av *Nils Carlshamre, Halvard Claesson* och *Sylve Öfström*

Vi har funnit anledning uttrycka en samstämmig uppfattning rörande vad som varit det dominerande intrycket av tandvården under 70-talets utvecklingsperiod och framför allt vad som bör prägla tandvården i det fortsatta utvecklings- och utbyggnadsarbetet.

Mot bl. a. denna bakgrund samt de skäl som vi i övrigt redovisar i det följande kan vi inte biträda utredningens motiveringar och förslag på följande punkter:

1. Folktandvårdens utbyggnad
2. Etableringskontrollens generella bibehållande under fem resp. tio år; ej heller dess föreslagna utformning
3. Bibehållande av kvotering av tandläkare/tjänster/etableringar
4. Specialisttandvårdens totala anknytning till folktandvården
5. Vissa patientgrupper m. m.
6. Utbildningsdimensioneringen
7. Ekonomiska konsekvenser

Folktandvårdens utbyggnad

Möjligheten till alternativa vårdformer och till fritt val av tandläkare är av stor betydelse för patienten. Enligt vår mening är det väsentligt att den enskilde medborgaren liksom hittills har stor frihet att själv avgöra om han vill vända sig till folktandvården eller till en privatpraktiserande tandläkare. Vi är därför angelägna om att den enskilda tandvården ges goda möjligheter att fungera väl och utvecklas vid sidan av folktandvården. Det är vår uppfattning att folktandvården och privattandvården som två jämbördiga vårdenheter påverkar varandra i positiv riktning och därmed bidrar till bibehållandet av hög kvalitet och sund ekonomi inom tandvården i Sverige.

Vid folktandvårdslagens tillkomst, vilken i tiden sammanföll med införandet av en allmän tandvårdsförsäkring fr. o. m. den 1 januari 1974, beräknades att folktandvården vid utgången av 1970-talet skulle kunna svara för tandvården åt barn och ungdomar upp till 20 års ålder samt 30–35 % av vuxentandvården i landet. Utgångspunkten för beräkningen av andelen av

vuxentandvården var att tandläkarna inom folktandvården skulle dela sin arbetstid lika mellan å ena sidan barn- och ungdomstandvård och å andra sidan vuxentandvård.

Enligt direktiven skall kommittén överväga det ovan beskrivna målet för utbyggnaden av folktandvårdens vuxentandvård mot bakgrund av i föregående stycke beskriven arbetstidsfördelning för folktandvårdens tandläkare och en bedömning av den sammanlagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik.

Kommittén skall också föreslå åtgärder för att få till stånd en bättre regional fördelning av tandvårdsresurser. Även härvid skall utgångspunkten vara den sammanlagda tillgången på offentlig vård och privatpraktikervård inom ett område.

Vi finner ingen anledning att avvika från målsättningen bakom 1973 års riksdagsbeslut avseende folktandvårdens utbyggande. En fullt utbyggd barn- och ungdomstandvård, åt vilken folktandvårdens tandläkare ägnar ca halva sin arbetstid, kommer att kunna ge vuxentandvården i folktandvården den omfattning som riksdagen uttalat sig för. Folktandvårdens andel av den totalt meddelade vuxentandvården i landet ser vi därvid som ett beräknat genomsnittstal för landet, något som även stämmer med målsättningen bakom nyssnämnda riksdagsbeslut. Något annat är ej heller möjligt, eftersom vi i utredningen kunnat konstatera att vissa landsting redan i nuvarande utvecklingsskede svarar för en betydligt större andel än cirka en tredjedel av vuxentandvården inom sina resp. huvudmannaområden, medan andra landstingskommuner befinner sig långt under angivna andelar. Att ålägga sistnämnda huvudmän ett absolut krav på att svara för *minst* 35 % av vuxentandvården inom sina resp. områden vore enligt vårt förmenande samhällsekonomiskt icke försvarbart, eftersom folktandvårdsutbyggnaden under 80-talet då huvudsakligen skulle ske inom områden som redan är "tandläkartäta". Detta skulle i sin tur ytterligare försena de insatser som syftar till att utjämna den bristande balansen i tandvårdsresursfördelningen i landet och som kommittén enhälligt ställt sig bakom. Inom dessa områden förväntar vi oss i stället att privattandvården och berörda huvudmän i samverkan försöker finna lösningar som på sikt garanterar samtliga patienter, både barn och vuxna, vård inom ramen för befintliga resp. tillkommande vårdresurser.

Etableringskontrollens utformning samt bestämmelser om fortsatt kvotering

Utredningsmajoriteten har motiverat kraven på fortsatt tillämpning av övergångsbestämmelsen till 2 kap. lagen om allmän försäkring, dvs. möjligheten att förhindra tandläkaretablering vid sidan av myndighets godkännande, med att den nuvarande bristande regionala balansen nödvändiggör en central styrning.

Vi anser oss redan i föregående avsnitt ha påvisat hur illa majoritetens förslag rimmar med kraven på en bättre fördelning av de totala tandvårdsresurserna i landet.

TU 78 har i avsnitt 2.3 belyst den nuvarande situationen vad gäller tillgången till tandvård för vuxna i olika delar av landet.

Härav framgår att medeltalet tandläkartimmar per försäkrad för landet är 1,30 timmar. Fem huvudmannaområden ligger över detta medeltal. Förutom storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö rör det sig om Malmöhus och Kristianstads läns landsting. 16 landstingsområden återfinns i intervallet 1,04–1,18 tim/försäkrad och endast två landsting redovisar mindre än 1,00 tim/försäkrad.

En ytterligare analys av utredningens material ger vid handen att privattandvården ligger på samma nivå 1980 som 1975. Detta gäller såväl landet som helhet som enskilda landstingsområden. Den regionala balansen har icke förbättrats annat än ytterst marginellt utan i stort konserverats på den nivå som gällt alltsedan försäkringens genomförande. Nuvarande generella etableringsregler har enligt vår mening varit ett direkt hinder för att åstadkomma en bättre regional balans.

En studie av den inomregionala fördelningen visar än mera anmärkningsvärda skillnader. Även härvidlag har etableringsreglerna verkat hämmande. De begränsade möjligheter till etablering som förelegat inom ramen för ersättningsetablering har huvudsakligen varit och därmed även blivit knutna till de större orterna. Avsaknad av en aktiv inomregional resursplanering, innefattande såväl barn- och ungdomstandvård som vuxentandvård, har med säkerhet i flera landstingsområden varit en annan bidragande orsak till obalansens bibehållande.

Även i denna del anser vi sålunda att majoriteten slagit in på fel linje, när den, vid sidan av kravet på starkt ökad utbyggnad av folktandvården i Stockholm, Göteborg och Malmö, kräver ökad utbyggnad av folktandvårdsresurserna i tätorterna – klart i strid med redovisade resursbehovssiffror.

Vi anser det vara ett centralt mål för tandvårdspolitiken att förändra den nuvarande fördelningen av tandvårdsresurser i landet så att dessa bättre motsvarar efterfrågan och behov i alla delar av landet och för alla grupper i samhället. Vi är medvetna om att det besvärliga samhällsekonomiska läget gör det svårt att snabbt åstadkomma önskvärda förändringar. Detta oaktat anvisar vi i det följande vägar som vi menar kan bidraga till en bättre regional fördelning.

Vi har tidigare givit vår anslutning till att folktandvården byggs ut i enlighet med 1973 års riksdagsbeslut, dock alltid med beaktande av lokala förhållanden avseende den faktiska tillgången på tandvårdsresurser och dessas fördelning.

Vi förordar en aktiv planering av tandvården i samverkan mellan landsting och privata vårdgivare. Det är nödvändigt att snabbt avveckla nuvarande etableringsbegränsningar gentemot privatpraktiserande tandläkare, utom vad avser de tre storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Vi pekar på möjligheten att genom samverkansavtal och enskilda vårdavtal mellan landsting och lokal tandläkarförening resp. privatpraktiserande tandläkare stegvis förbättra fördelningen av resurser inom ett landstingsområde.

Vi anser oss slutligen kunna konstatera, att landstingshuvudmännen, enligt en av socialstyrelsen genomförd enkät i oktober 1981, fr. o. m. 1983 inte kan bereda hela nettotillskottet av tandläkare anställningsmöjlighet, vilket till största delen sammanhänger med att landstingen vid denna tidpunkt byggt ut folktandvården enligt riksdagens beslut. Införandet av ett

års allmäntjänstgöring i folktandvården fr. o. m. 1984 synes enligt hittills redovisad planering ytterligare begränsa landstingens möjligheter att nyanställa tandläkare.

Det är enligt vår uppfattning utomordentligt viktigt att det tillskott av tandläkare och annan tandvårdspersonal som sker under hela åttiotalet kan beredas sysselsättning – i första hand för att tillgodose orter med underskott på tandläkare. Vi tror mera på samverkan än tvång. Den regionala balansen måste förbättras. När vi uttalar oss för en liberalisering av etableringskontrollen och ett totalt borttagande av kvoteringen gör vi detta i förvissningen om att tandläkarna i gemen och som organisation delar vår uppfattning om behovet av en bättre regional fördelning av resurserna och är beredda att medverka härtill i samverkan med landstingen. De tandläkare som önskar vara verksamma som privatpraktiserande tandläkare i framtiden bör redan nu ha insett, att deras etablering måste bygga på en vettig företagsekonomisk planering, dvs. de kan inte finna en tillräckligt stor kundkrets inom merparten tätområden utan måste etablera sig i tandvårdsglesa områden, där efterfrågan på och behovet av tandvård är stort. Vi är övertygade om att de som planerar enligt dessa förutsättningar kommer att finna att landstingskommunerna är beredda medverka för att lösa nyetableringens olika problem.

I vad mån den av oss tänkta fortsatta etableringskontrollen under en ytterligare treårsperiod, huvudsakligen avseende stockholms-, göteborgs- och malmöområdena, skall utövas av riksförsäkringsverket eller socialstyrelsen anser vi vara en mindre fråga. Socialstyrelsen är vårdtillsynsmyndighet och borde således redan från början haft hand om hela detta område. När så icke varit fallet och då riksförsäkringsverket i denna fråga utvecklat en betydande administrativ teknik, saknas egentligen anledning att byta myndighet för den korta kontrollperiod som vi föreslagit.

Vi har med detta konstaterande även velat markera vårt klara avståndstagande från majoritetens förslag, där man utan att ange något egentligt skäl vill permanenta och byråkratisera ett system, som redan tandvårdsutredningen 1972 betecknade som en "yttersta garanti" av kortvarig karaktär.

Specialisttandvårdens framtid

Vi har i kommittén diskuterat det särskilda ansvar för specialisttandvården som ålagts tandvårdens huvudmän enligt 3 § folktandvårdslagen. Vi har också granskat tandvårdsförsäkringens ersättningsregler för specialisttandvård utförd av privatpraktiserande tandläkare.

I sistnämnda avsnitt anser vi att vi kan ansluta oss till vad redan försäkringsutredningen konstaterade i sitt betänkande 1972 (SOU 1972:81) på sid 179: "Den snabbare och säkrare behandling genom specialist bedömer utredningen som fördelaktig från försäkringsekonomisk synpunkt. Det synes därför inte oskäligt att generellt medge en högre arvodesnivå för specialister. Specialistens bruttointäkt torde också ligga genomsnittligt högre än allmänpraktikerns bl. a. för att täcka in kostnader för dyrare utrustning, fler assisterande personer samt egen utbildning." Någon ändring av här citerade förhållanden har inte inträtt.

När det gäller frågan om det lagfästa ansvar som landstingen erhöll i

anslutning till 1973 års lagstiftning har vi försökt noga överväga för- och nackdelar av denna princip. Vi har därvid granskat förekomsten av dispenser från socialstyrelsen i vad gäller landstingens uppfyllande av ansvaret för de vuxnas specialisttandvård.

I våra överväganden har vi utgått från 1973 års riksdagsbeslut vad gäller allmäntandvården och därvid konstaterat att en fortsatt uppslutning kring detta beslut leder till att de privatpraktiserande tandläkarna även framgent skall svara för ca 2/3 av vuxentandvården i landet. Vi har även noterat att privatpraktiserande specialisttandläkare i huvudsak är verksamma inom de tre storstadsområdena, där folktandvårdens andel av vuxentandvården ligger långt under riksgenomsnittet. I anslutning härtill har vi erfarit att samtidigt som landstingen erhållit dispens från skyldigheten att tillhandahålla specialisttandvård åt vuxna finns det specialisttandläkare inom vissa specialiteter som inte kan beredas anställning och därför arbetar som specialister efter den allmänna tandvårdstaxan, eftersom de ej heller uppfyller nuvarande villkor för att få tillämpa specialisttaxan.

Slutligen har vi konstaterat att privattandläkarkårens verksamhetsstruktur förändrats genom Praktikertjänst AB.

Sammantaget har vi vid bedömningen av samtliga faktorer kommit till slutsatsen, att anledning saknas att bibehålla landstingens lagfästa ansvar för specialisttandvård åt vuxna. Även på detta område är samarbete bättre än tvång och vi vågar hysa den bestämda uppfattningen att föreliggande eller uppdykande problem skall kunna lösas av de samverkansorgan, som föreslagits. Vi föreslår därför, att såväl ersättnings- som nyetablering skall få förekomma inom de specialiteter som även riktar sig mot de vuxna; ersättningsetablering skall därvid få förekomma i samma omfattning som tidigare föreslagits för allmäntandvården. Vad gäller nyetableringsfrågan bör uppmärksammas att två nya specialiteter tillkommit sedan 1973. I övrigt bör denna fråga noggrant följas av samverkansorganen i resp. landsting.

Vissa patientgrupper m. m.

I avsnittet 7.3 om förebyggande tandvård ges i slutet av avsnittet några synpunkter på företag med tandhälsovård. Utredningen rekommenderar att en utökad försöksverksamhet med företagstandhälsovård kommer till stånd.

Vi har inga erinringar att rikta mot detta i och för sig men kan trots detta inte acceptera innehållet i de sista två styckena i avsnittet.

Att företagstandhälsovård bör kunna ombesörjas av tandhygienister och/eller profylaxtandsköterskor – under ledning av tandläkare – är alldeles korrekt. Men vad är det för uppgift folktandvården skall engageras i? Arbetsförmedling eller vad? Enligt vårt förmenande bör till företagstandhälsovården knytas erforderlig profylaxpersonal. Eftersom denna i sin verksamhet skall ledas av en tandläkare, kan om så erfordras, tandläkarkonsulter ställas till förfogande från såväl privattandvårdens som folktandvårdens sida.

Sista stycket kan utgå, ty om tandhälsovård skall bli även tandsjukvård, då hör resonemanget inte hemma i avsnittet.

I avsnitt 7.4 tar utredningen upp pensionärernas behov av tandvård. Vi

delar majoritetens uppfattning om det angelägna i att pensionärernas behov av tandvård tillgodoses men finner det också angeläget att en uppsökande verksamhet inte förknippas med att pensionärerna berövas sin möjlighet att fritt välja tandläkare.

Den uppsökande verksamheten gentemot pensionärerna bör utföras som ett projekt inom ett samverkansavtals ram och i nära samarbete med äldrevården inom kommunerna.

I avsnittet 7.5 behandlas dels den tandvård som bedrivs resp. bör bedrivas gentemot patienter som vårdas på någon landstingets institution, dels den tandvård som förekommer vid kriminalvårdsverkets anstalter.

Vi motsätter oss inte att landstingen får ett lagfäst tandvårdsansvar för alla dem som är intagna på av landstinget drivna vårdinstitutioner; ej heller utredningens förslag att kriminalvårdsverket skall ha kvar ansvaret för att internerna får tandvård.

Vi har i enlighet med HSU:s tankegångar förutsatt att planeringen av all tandvård skall ske i samverkan mellan landsting och privata vårdgivare. Eftersom vi lagt detta ansvar på samverkansorganet inom landstingsområdet, bör det också ankomma på detta organ att medverka till att resurser ställs till förfogande. Det kontraktsförhållande som i varje ärende måste etableras blir däremot en fråga mellan den institution som efterfrågar vård och den som är villig ställa vårdresurser till förfogande.

Utbildningsdimensioneringen

Vi är ense med utredningen om att antalet utbildningsplatser för tandläkarstuderande bör reduceras till färre än 400 platser per år. Vi är även ense med majoriteten om att det inte ankommer på oss att ta ställning till hur nedskärningen skall genomföras. Vi vill emellertid understryka att en godtagbar regional spridning av utbildningen icke enbart bör avse den geografiska förläggningen av viss utbildningsenhet utan även ses i relation till upptagningsområdets andel av landets totala befolkning.

Ekonomiska konsekvenser

De av majoriteten i avsnitt 7.12 redovisade ekonomiska konsekvenserna av dess förslag kan inte av oss accepteras. Utredningsmajoriteten har enligt vårt förmenande icke följt de direktiv som tillställts alla utredningar, nämligen att belysa icke blott de ekonomiska konskvenserna av framförda förslag ur samhällsekonomisk synvinkel utan även följdverkningarna för exempelvis landstingskommunernas ekonomiska situation.

Vad majoriteten åberopar som Landstingsförbundets uppfattning har aldrig redovisats för utredningen. Det förefaller oss mera vara ett önsketänkande att i och för sig förekommande överkapacitet avseende assisterande personal och lokaler i landstingen skulle fördela sig nästan exakt i överensstämmelse med de krav på utökning av antalet tandläkare i huvudsakligen tre huvudmannaområden som majoritetsförslaget innebär.

Vi har tyvärr icke själva kunnat göra erforderliga beräkningar över majoritetsförslagets konsekvenser. Vi har emellertid underhand tagit del av

de beräkningar som utförts av sakkunnige Lars Sandberg i dennes särskilda yttrande.

Enligt dessa beräkningar skulle landstingens årliga nettokostnadsökning bli 190 miljoner kronor större enligt majoritetsförslaget än enligt vårt förslag. Självfallet kan vi inte uttala oss om säkerheten i det av Sandberg framlagda materialet men vi finner ändock kostnadsökningen – även om den reduceras med 50 % – vara så anmärkningsvärd att den inte kan negligeras.

Vi finner det därför oundgängligen nödvändigt, att en ny kostnadsberäkning av majoritetsförslaget genomföres.

Förslag till av vår reservation betingad ny lagstiftning respektive ändring i befintlig lagstiftning bifogas.

Förslag till Tandvårdslag

Inledande bestämmelser

1 § Med tandvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt/odontologiskt förebygga, utreda och behandla tandsjukdomar och tandskador.

Målsättning för tandvården

2 § Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Den landstingskommunala tandvården. Landstingskommunens ansvar

3 § Varje landstingskommun skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen.

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

4 § Landstingskommunen skall svara för tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år då de fyller 19 år.

Barn och ungdomar som sägs i första stycket skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling. De skall också ges den vård för akuta tandbesvär som de behöver. Tandvården skall vara avgiftsfri för patienten.

5 § Landstingskommun skall svara för tandvård åt patienter vid av landstingen bedrivna vårdinrättningar.

Landstingskommunen skall, utöver vad i första stycket sägs, svara för tandvård åt inom landstingskommunen bosatta vuxna som på grund av handikapp har särskilda svårigheter att få tandvård.

Landstingskommunen skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.

6 § Om någon som vistas inom landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård skall landstingen erbjuda sådan vård.

7 § Landstingskommunen skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård.

Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.

I planeringen och utvecklingen av tandvården skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Nämnd

8 § Ledningen av tandvården utövas av en tandvårdsnämnd tillsatt i enlighet med §§ i hälso- och sjukvårdslagen.

Personal

9 § I tandvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård. Om åligganden för tandvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

10 § Tandläkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning skall förordnas på viss tid.

11 § Regeringen får meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom tandvården och om tillsättning av sådana. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

Tillsyn

12 § Socialstyrelsen utövar tillsyn över tandvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja landstingskommunernas verksamhet. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att inspektera verksamheten.

Ytterligare föreskrifter

13 § Regeringen bemyndigas att meddela de föreskrifter i övrigt som erfordras för att skydda enskilds rätt och för att bedriva verksamheten inom tandvården.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskild.

14 § Om regeringens bemyndigande i vad avser tandvården i krig etc. gäller vad härom stadgas i hälso- och sjukvårdslagen §

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1983.

Genom lagen upphävs folktandvårdslagen (1973:457).

2. Folktandvårdskungörelsen §§ 4 t. o. m. 12 äger fortsatt giltighet till och med 198 .

1 *Förslag till ändring i lagen om allmän försäkring*

I 2 kap. 3 § utgår de sista två meningarna i andra stycket.

2 *Förslag till ändringar i övergångsbestämmelser till lagen 1973:456 om ändringar i bl. a. 2 kap. 3 § AFL*

2. Utgår.

---

7. Tandläkare som vid utgången av år 1982 är uppförd på förteckning som avses i 2 kap. 3 § första stycket kvarstår utan särskild anmälan på förteckningen även efter denna tidpunkt.
   Har tandläkare blivit uppförd på förteckningen för viss tid, äger han ej kvarstå sedan tiden gått till ända.
8. Tandläkare som efter utgången av 1982 avser att påbörja verksamhet i enskild tandvård ..... eller senare.
   Tandläkare som har anställning ..... verksam i enskild tandvård.
9. Om regeringen finner anledning antaga att regionala krav om bättre tandvårdsresurser ej kan bli tillgodosedda, äger regeringen för ett år i taget och längst till utgången av år 1985 i den utsträckning som bedömes erforderlig föreskriva, att sådan anmälan av tandläkare enligt punkt 8, som avser etablering av ny verksamhet, skall särskilt prövas.
   Regeringen äger bemyndiga RFV att utfärda de ytterligare föreskrifter som erfordras för i första stycket avsedd prövning.
12. Talan mot ..... besvär *hos regeringen.*

Särskilt yttrande

Av *Lars Sandberg*

Jag har vid utredningens behandling av kapitlen 6 och 7 anmält avvikande mening mot den totala utformningen av dessa båda kapitel.

Min invändning mot utformningen av kapitel 6 är att utredningen icke i tillräcklig grad synes ha beaktat sina direktiv för en översyn av nuvarande tandvårdsförsäkring. Man har i kapitlet inte tagit upp en diskussion av i tidigare kapitel redovisade förhållanden och mot bakgrund härav och med beaktande av direktiven givit underlag för sina i efterföljande kapitel redovisade förslag.

Utredningen har i stället valt att formulera ett antal krav på tandvården i framtiden och utifrån dessa formulera sina förslag i kapitel 7.

Beträffande kapitel 7 önskar jag anmäla, att jag inte delar utredningens förslag på ett flertal punkter. Här nedan redovisas kortfattat de huvudpunkter jag tagit avstånd från.

1 Folktandvårdens utbyggnad

Utredningen föreslår, att folktandvården, vid sidan av den utbyggnad som sammanhänger med det lagfästa vårdansvaret för barn- och ungdomstandvården, skall byggas ut så att den kan ta hand om dels *minst* 35 % av vuxentandvården i varje landsting, dels – och utöver nyssnämnda 35 % – ett lagfäst vårdansvar för ytterligare några grupper vuxna personer. Utredningen uttalar härutöver att den egentligen finner bärande skäl för att fastställa en minsta gräns för folktandvårdens vuxentandvårdsansvar till 50 %.

Enligt mitt förmenande är skälen för att folktandvården skall byggas ut på föreslaget sätt inte sakligt bärande. Jag kan således inte någonstans i utredningens material finna stöd för exempelvis påståendet att enbart folktandvården har "förutsättningar för att vidmakthålla den förbättrade tandhälsan bland barn och ungdomar även när de blir vuxna"; ej heller för påståendet att "folktandvården har särskilt goda förutsättningar för uppsökande verksamhet bland de grupper som av olika skäl inte efterfrågar tandvård".

Utredningen underkänner med nyss återgivna påståenden de positiva resultat som uppnåtts i ett flertal landstingsområden, exempelvis Västernorrlands läns landstingsområde, där folktandvården och de privatpraktiserande

tandläkarna sedan flera år i samverkan erbjudit 20-åringarna en fortsatt regelbunden vård – med mycket goda resultat. Utredningen tar ej heller någon hänsyn – varken praktisk eller ekonomisk – till de resurser som finns inom den privata tandvårdssektorn och den undviker helt att beakta hälso- och sjukvårdsutredningens klara markering av att privat verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet inte skall förhindras utan underlättas.

Utredningens förslag innebär nämligen bl. a., att folktandvården i Stockholms läns landsting samt i Göteborgs och Malmö kommuner skall inrätta drygt 800 nya tjänster fram t. o. m. 1992. För att tandläkartätheten härigenom inte skall bli uppseendeväckande hög i dessa områden krävs samtidigt att privattandvården i motsvarande grad drar ner eller avvecklar sin tandvårdande verksamhet.

Eftersom utredningen inte med ett ord nämner någonting om ekonomisk ersättning till de privat verksamma tandläkare som tvingas nedlägga sin verksamhet eller förhindras att överlåta denna, måste förslaget i denna del anses vara stridande mot 2 kap. 18 § Regeringsformen, vari sägs följande:

"Varje medborgare vilkens egendom tages i anspråk genom expropriation eller annat sådant förfogande skall vara tillförsäkrad ersättning för förlusten enligt grunder som bestämmes i lag."

2 Etableringskontroll och kvoteringsbestämmelser

Det har inte rått någon som helst oenighet i utredningen om att den nuvarande fördelningen av tandvårdsresurser är ojämn och att åtgärder måste vidtagas för att åstadkomma en fördelning som bättre svarar mot efterfrågan på tandvård i olika delar av landet. Utredningen har inte kunnat styrka att den bristande balansen är så oacceptabel som majoriteten påstår. Icke desto mindre utgör den den huvudsakliga, åberopade grunden för folktandvårdens utbyggnad och därmed också grunden för kravet om fortsatt etableringskontroll och kvotering av tjänster.

Utredningen föreslår att nuvarande restriktiva etableringsbestämmelser för privattandläkare skall ytterligare skärpas och dessutom förlängas att gälla i ytterligare fem år för landet i stort och i tio år för Stockholms-, Malmö- och Göteborgsregionerna. Detta betyder, att utredningen för att garantera – inte att den vuxna befolkningen får vård men väl – en fortsatt utbyggnad av folktandvården begär att tandvården skall belastas med "övergångsbestämmelser" av i det närmaste 20 års varaktighet.

Enligt mitt förmenande behövs inte etableringskontrollen i sin nuvarande utformning och kvoteringsbestämmelserna längre. Folktandvårdens utbyggnad är i det närmaste klar och redan nu synes folktandvårdshuvudmännen sakna resurser för att ta hand om hela det nettotillskott av tandläkare som nuvarande bestämmelser ger möjlighet till.

Med hänsyn till den bristande balans i fråga om tandvårdsresurser som dock alltfort gör sig gällande är jag emellertid beredd att för ett år i taget och för en längsta period av tre år acceptera ett i det närmaste totalt nyetableringsstopp i de tre storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö, kombinerat med ett aktivt stöd i en eller annan form åt de tandläkare som är beredda att etablera sig inom tandvårdsresurssvaga områden.

3 Ansvaret för specialisttandvården

Nuvarande lagreglering innebär, att landstingen tilldelats det totala ansvaret för en fungerande specialisttandvård i landet. Nu praktiserande privata specialister har dock medgivits rätt att bedriva sin verksamhet enligt särskild taxa så länge de önskar.

Min uppfattning är, att eftersom de privatpraktiserande allmäntandläkarna även enligt utredningens uppfattning skall svara för bortåt 65 % av vuxentandvården och då ingen i utredningen motsatt sig principen om rättigheten att vara privat verksam även inom vårdområdet saknas skäl för att vidmakthålla hittillsvarande hinder för specialisttandläkare att vara privat verksamma enligt särskild taxa. Dessa hinder bör avskaffas!

Skäl talar även för att den specialisttaxa som gäller för privata specialister bör tillämpas även inom folktandvården.

4 Kostnadsberäkningarna

Beträffande denna del av utredningens förslagskapitel kan jag inte underlåta att anmäla, att jag finner kostnadsberäkningarna allt annat än tillfredsställande. De motsvarar på intet sätt de krav som uppställts i de tilläggsdirektiv som tillställts samtliga utredningar under 1980.

Utredningen har avstått från att presentera kostnadsberäkningar både när det gäller förslaget att lagfästa ansvaret för folktandvården att bygga ut vuxentandvården till en andel av minst 35 procent och när det gäller förslaget om en utbyggnad av specialist-, institutions- och handikapptandvården inom folktandvårdens ram. Utredningen konstaterar endast att det är betydelselöst för försäkringen och patienterna om tandvården tillhandahålls inom privat- eller folktandvården. De nettokostnadsökningar som huvudmännen kommer att åsamkas som en följd av utredningens förslag har inte preciserats men bedöms av utredningen ändå bli begränsade med hänvisning till den överkapacitet beträffande lokaler och assisterande personal som förelåg 1979.

Utredningen föreslår som nämnts att folktandvården skall omfatta minst 35 % av tandvården för vuxna inom landstingskommunens område. Med utgångspunkt från förhållandena 1979 kan konstateras att endast hos fyra av sammanlagt 26 huvudmän uppgick andelen vuxentandvård inom landstingskommunen till minst 35 %. En utbyggnad av vuxentandvården till denna nivå kräver drygt 1,5 milj tandläkartimmar per år. Storstadskommunernas andel härav är 0,9 milj timmar och övriga landet 0,6 milj timmar.

I det följande redovisas en kalkyl över den ökning av tandvårdens totala kostnader som en utbyggnad av vuxentandvården i nyss nämnd omfattning skulle medföra. Kostnadskalkylen innehåller två alternativa kostnadsberäkningar. Alternativ A avspeglar de kostnadsmässiga konsekvenserna av utredningens förslag, som innebär att nettotillskottet tandläkare tillförs folktandvården med fortsatt etableringskontroll och kvotering av anställningsmöjligheter för tandläkare som viktigaste styrmedel. I alternativ B redovisas de kostnadsökningar för tandvården som är förknippade med en motsvarande utbyggnad av vuxentandvården men med den fördelning mellan folk- och privattandvården som enligt min bedömning står i

överensstämmelse med 1973 års riksdagsbeslut om folktandvårdens utbyggnad. I detta alternativ har vidare förutsatts att ingen ökning av tandläkartätheten sker i storstadsområdena.

Till grund för kostnadsberäkningarna ligger landstingsförbundets undersökning av folktandvårdshuvudmännens ekonomiska förhållanden år 1979 och riksförsäkringsverkets tandvårdsstatistik för samma år. Kostnader och intäkter har härefter omräknats till 1981 års prisnivå.

Tabell

Kalkyl över årliga driftskostnadsökningen efter en utbyggnad av vuxentandvården dels enligt utredningens förslag (alternativ A), dels i enlighet med riktlinjerna i 1973 års riksdagsbeslut (alternativ B). 1981 års prisnivå. Kommentarer till beräkningarna lämnas nedan.

	Totala kostnader (mkr)		Intäkter enligt tandvårdstaxan (mkr)		Landstingskommunernas nettokostnader (mkr)	
	Alt A	Alt B	Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
Stockholms län, Göteborgs och Malmö kommuner	330	–	190	–	140	–
Övriga landet	220	190	140	160	80	30
Totalt	550	190	330	160	220	30

En utbyggnad av folktandvårdens vuxentandvård (exkl. specialist-, institutions- och handikapptandvård) kan – med de förutsättningar som angivits ovan (Alternativ A) – sålunda beräknas öka de totala *årliga* driftskostnaderna för landstingskommunerna med ca 550 mkr. Motsvarande utbyggnad av vuxentandvården utanför storstadsområdena, fördelad mellan folk- och privattandvård enligt Alternativ B, skulle öka totalkostnaderna med 190 mkr. Skillnaden mellan de båda utbyggnadsalternativens bruttokostnader utgör således ca 360 mkr i 1981 års priser. När det gäller nettokostnaderna är skillnaden mellan alternativen 190 mkr. Detta belopp kan ses som ett uttryck för den merkostnad tandvårdshuvudmännen förorsakas genom det lagfästa kravet på att folktandvården skall tillhandahålla minst 35 % av vuxentandvården.

Det bör understrykas att ovanstående kostnadsberäkningar inrymmer ett betydande mått av osäkerhet, som dock påverkar kalkylen i båda riktningarna. Detta gäller t. ex. utvecklingen av arbetsproduktiviteten inom folktandvården, som i dessa beräkningar antagits vara konstant under utbyggnadsperioden. Det får vidare betecknas som osäkert om det är möjligt att åstadkomma ett optimalt utnyttjande av den nuvarande överkapaciteten inom folktandvården. Vid ett optimalt utnyttjande av befintliga resurser skulle kostnadsökningen för vuxentandvården begränsas med drygt *70* mkr med fördelningen *43* mkr på storstadskommunerna och *27* mkr på övriga

landet. I tabellen ovan har endast inräknats *hälften* av dessa kostnadsbesparingar. Skälen härför är två:

- Alla folktandvårdskliniker med överkapacitet är inte belägna i områden där det finns behov av utbyggnad – snarast föreligger ett negativt samband i detta avseende.
- Det finns inga indikationer på att överkapaciteten skulle vara mindre hos de huvudmän vars vuxentandvård har en hög utbyggnadsgrad än hos dem, där vuxentandvårdens utbyggnadsgrad är låg.

Som framgår av tabellen skulle alternativ B även med antagande om ett maximalt utnyttjande av befintlig överkapacitet ge lägre kostnadsökningar för tandvården totalt och lägre nettokostnadsökningar för folktandvården.

I ovanstående kalkyl har inte beaktats att det vid en utbyggnad av folktandvården inom storstadskommunerna kommer att bli nödvändigt att lösa in ett stort antal privattandläkarkliniker, om inte tandläkartätheten skall öka ytterligare i dessa områden. Storleken av dessa merkostnader av engångsnatur är svår att uppskatta men torde för berörda kommuner sammantaget uppgå till *minst* 50 mkr.

5 Lagtexten

Utredningen föreslår att nuvarande folktandvårdslag upphäves. Därmed upphävs indirekt även folktandvårdskungörelsen, vilket medför att vissa behörighets- och tjänstetillsättningsregler upphör. Regeringen har under 1980 tillsatt en särskild behörighetskommitté för att se över behörighets- och tillsättningsreglerna inom hälso- och sjukvården. I avvaktan på att angiven kommitté slutfört sitt arbete och dess förslag behandlats av riksdagen bör enligt min mening ingen ändring vidtagas i sak. Jag är vidare ytterst tveksam till förslaget om en ny tandvårdslag. Problemet synes lättast lösas om folktandvårdslag och -kungörelse bibehålles i tillämpliga delar som övergångsbestämmelser i avvaktan på att tandvården definitivt inordnas i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

6 Överläggningsordningen

I samband med tillsättandet av denna utredning uttalade dåvarande socialministern Rune Gustafsson att man inom departementet avsåg att se över den överläggningsordning som sedan 1976 gällt mellan Riksförsäkringsverket och Tandläkarförbundet. Ärendet har sedermera överlämnats till TU 78.

TU 78 har i ett tidigare skede av utredningsarbetet behandlat överläggningsproblematiken men i slutbetänkandet avstått från att lägga något förslag. Jag tillåter mig utgå från att utredningen i frågan om tandvårdstaxans konstruktion, tandvårdsförsäkringens administration etc. är beredd behandla ärendet och lägga fram förslag till ny ordning på sätt föreslagits i efterföljande kap. 7, avsnitt 3.3.

7 Sammanfattning

Mot bakgrund av vad jag ovan anfört i fråga om utformningen att kapitlen 6 och 7 i utredningen har jag ansett mig böra utforma mitt särskilda yttrande i övrigt genom att framlägga ett alternativt förslag rörande dessa kapitels text. Eftersom de alternativa förslagen påverkar den av utredningen föreslagna lagtexten, har även denna givits en annan utformning. De alternativa textförslagen bilägges detta yttrande som bilagorna A–D.

Slutligen vill jag redan här meddela, vilket i och för sig även framgår av bifogade textförslag, att jag biträder utredningens förslag i avsnitten 7.8 och 7.9 samt i vad gäller tandvården för patienter som vårdas på landstingens institutioner resp. för vissa grupper av handikappade patienter.

8 Mitt förslag i korthet

Jag föreslår, att landstingen inom ramen för den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen ges ett vidgat ansvar för en övergripande planering av vårdresurserna – i samverkan med övriga vårdgivare – och ett yttersta ansvar för att tillräckliga resurser finns inom resp. landstingsområde.

För att tillgodose kraven på en jämnare fördelning av tandvårdsresurserna anser jag att det under en kort övergångsperiod bör finnas möjlighet att föreskriva att nyetableringar inom privattandvårdssektorn endast får ske inom områden, som av samverkansorganen betecknats som tandvårdsglesa områden. Jag förutsätter härvid att ersättningsetableringsrätten är helt utan inskränkningar inom den privata tandvårdssektorn samt att uppkomna vakanser inom folktandvården ersätts.

Övergångsperioden skall avse tiden t. o. m. 1985 och frågan om eventuella begränsningar av etableringsrätten skall prövas årligen. Prövningen skall åvila regeringen.

Riksförsäkringsverket föreslås alltfort vara den myndighet på vilken läggs ansvaret för genomförandet av regeringens beslut om ev. etableringskontroll.

Folktandvården skall även fortsättningsvis ha ett lagfäst vårdansvar för barn och ungdomar i åldrarna 0–19 år, vilket dock ej skall hindra att barn i vissa fall blir kliniskt omhändertagna av privatpraktiserande tandläkare. Samma utformning av ett lagfäst vårdansvar för folktandvårdens del föreslås gälla även för personer som är intagna på landstingens vårdinstitutioner och för de handikappade som har svårt att få tandvård på vanligt sätt.

Jag finner däremot inte att skäl föreligger för att bibehålla landstingens ansvar för specialisttandvården för vuxna. Jag föreslår här att samma regler skall gälla för specialisttandvården som för allmäntandvården.

Det är min uppfattning att tandvårdsresurserna bör fördelas så att förebyggande tandvård på sikt kan erbjudas alla vuxna. Jag pekar därvid på patientens egenansvar. En stor del av de förebyggande åtgärderna kan vidtagas av patienterna själva.

Jag anser att fortsatt organiserad vård bör komma till stånd för de ungdomar som vid 20 års ålder lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården.

För att motsvara hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav föreslår jag att samverkansavtal upprättas mellan landstingen/folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarnas organisationer. Inom ramen för dessa avtal förutsätts att ett antal vårdfrågor, såsom akuttandvården, de äldres tandvård, den förebyggande tandvården, den regionala fördelningen av tandvårdsresurser etc., får sin lösning.

Jag poängterar försäkringsgivarens roll i resurssammanhanget och framhåller att tandvårdstaxan skall ses som det principiella uttrycket för försäkringsfinansierad verksamhet. Inom dess ram bör således den framtida vuxentandvården finansieras. Mot denna bakgrund anser jag korrekt att föreslå, att all specialisttandvård för vuxna i framtiden skall arvoderas enligt den särskilda specialisttandvårdstaxan.

Bilaga A

Kapitel 6 Tandvården i Sverige – en samlad analys

Betydelsefulla och för tandhälsosituationen i landet avgörande reformer genomfördes i början av 1970-talet. Folktandvårdens utbyggnad – framför allt för barn- och ungdomskullarna – och tandvårdsförsäkringens införande för den vuxna befolkningen avsågs parallellt medverka till en förbättrad vårdsituation och en bättre tandhälsa för vårt lands befolkning.

Satsningen på reformer inom tandvårdsområdet har varit lyckosam. Utan att vilja påstå att allt är väl beställt anser vi oss ändock i nuläget kunna konstatera, att barn- och ungdomstandvården i stort sett är heltäckande, att de vuxnas tandvårdssituation förbättrats – köproblemen har eliminerats på de flesta håll – att akuttandvård genom samarbete mellan folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna är garanterad över hela landet, samt att förändringen från reparativ till förebyggande vård genomföres successivt och i god takt.

Tandvården i Sverige är bra. Det finns dock fortfarande både geografiska områden, där resurserna måste ökas, och befolkningsgrupper, gentemot vilka vårdinsatserna måste förbättras och förstärkas. Detta kan enligt vår mening ske utan genomgripande förändringar i tandvårdens organisation.

6.1 *Synpunkter på hittillsvarande utveckling*

6.1.1 Folktandvårdens utbyggnad

1973 års riksdagsbeslut om tandvårdsreformen innebar, såsom tidigare påpekats, dels att landstingskommunerna fick ett lagfäst vårdansvar för barn- och ungdomstandvården och all specialisttandvård, dels att den vuxna befolkningen i vårt land fick del av en allmän tandvårdsförsäkring. Beslutet innebar vidare, att statsmakterna lade fast ett utbyggnadsprogram för folktandvården, syftande till att denna före 1970-talets slut skulle kunna ge alla barn och ungdomar i åldrarna 0–19 år regelbunden och fullständig behandling samt därutöver svara för 30–35 % av vuxentandvården. Sistnämnda procentsatsangivelse sammanhängde med att det bedömdes som

angeläget att folktandvårdens tandläkare sysslade med barntandvård till 50 % av sin arbetstid och att de under den andra halvan av arbetstiden kunde ägna sig åt vuxentandvård, något som i fullfunktionsstadiet beräknades motsvara 30 à 35 % av all vuxentandvård i landet.

I vårt delbetänkande visade vi att det uppställda målet inte kunde uppnås under 1970-talet men ansåg vi samtidigt att målet, vad avsåge barn- och ungdomstandvården, skulle kunna uppnås under perioden 1982–1984. Enligt nu föreliggande uppgifter (se kap 2.2) torde landstingen redan under 1982 uppfylla kravet på att kunna bereda alla barn och ungdomar regelbunden, fullständig behandling – antingen i egen regi eller genom organiserat samarbete med privatpraktiserande tandläkare.

Enligt våra direktiv skulle vi – vid sidan av ett program för fullföljandet av utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården – överväga det fastställda målet att bygga ut folktandvårdens vuxentandvård så att den omfattar 30–35 % av vuxentandvården i landet. Vid dessa överväganden skulle vi beakta dels vad som från arbetsmässiga synpunkter utgör en lämplig andel vuxentandvård inom folktandvården, dels den sammanlagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik.

Såsom framgår bl. a. av tabell 1 under 2.3 är tandvårdsresurserna ojämnt fördelade över landet. I Stockholms läns landsting, Göteborgs och Malmö kommuner ligger talet för tandläkartimmar per försäkrad sålunda betydligt över genomsnittstalet för riket, samtidigt som folktandvården i dessa huvudmannaområden inte svarar för mer än mellan 10 och 14 % av vuxentandvården (se tabell under 3.2). I de landsting däremot som redovisar stor andel folktandvård (mer än 37 %) av den totala vuxentandvårdstiden ligger "tandläkartätheten" mycket nära de lägsta talen. Från socialstyrelsens rapport över distriktstandvården 1980 kan slutligen utläsas att barn- och ungdomstandvården i genomsnitt för landet svarar för 54,82 % av folktandvårdens totala vårdtid (Tabell 7 i SoS' rapport 1981-06-15).

Enligt vårt förmenande ger ovan redovisade förhållanden klart belägg för att folktandvården fr. o. m. 1983 kommer att klara sin barn- och ungdomstandvård i enlighet med 1973 års riksdagsbeslut och för att tjänstetandläkarna ligger mycket nära målet om högst 50 % av total arbetstid inom barntandvården. Härmed har folktandvården i stort sett uppnått de i nyssnämnda riksdagsbeslut uppställda målen. Även om vi avser att öka landstingens ansvar för vissa patientgrupper finner vi däri icke skäl för att under ytterligare tid framåt prioritera utbyggnaden av folktandvården. Ej heller finner vi skäl föreligga att ålägga Stockholms läns landsting samt Göteborgs och Malmö kommuner någon ytterligare utökning av sin vårdkapacitet än de finner nödvändigt för att trygga sitt vårdansvar.

6.1.2 Regional fördelning av tandvårdsresurser

Såsom nyss konstaterats är fördelningen av tandläkarresurser över landet ojämn. Vi bör därför – vilket även direktiven för utredningen uttalar – föreslå åtgärder som kan bidra till att en bättre regional fördelning åstadkommes. Förslagen bör av naturliga skäl baseras på dels de kunskaper vi har om tandvårdsvanor, vårdpanorama etc. inom olika delar av landet, dels de erfarenheter vi vunnit i fråga om de etableringsbegränsningar och kvote-

ringsbestämmelser som varit i kraft i stort sett sedan tandvårdsförsäkringens införande.

Det är vår uppfattning, att en meningsfullt bättre regional fördelning inte kan uttryckas i ett bestämt minsta antal tandläkartimmar per försäkrad. Kvantifiering av resurser bör ske först sedan erforderliga epidemiologiska undersökningar genomförts inom landstingsområdena och därigenom klarlagts vilket tandvårdsbehov som föreligger. Detta blir en väsentlig uppgift för de samverkansorgan vi föreslår skall inrättas. Innan ovan nämnda undersökningar kunnat genomföras bör fördelningen av resurser baseras på de erfarenheter vårdgivarna i resp. område förvärvat.

6.1.2.1 Etableringskontrollen

Etableringskontrollbestämmelserna har sin grund i punkt 9 i Övergångsbestämmelser till lagen 1973:456 om ändring i bl. a. 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring, vari stadgas att riksförsäkringsverket – om det finner anledning antaga att folktandvårdens behov av tandläkare skall bli otillräckligt tillgodosett – får föreskriva att tandläkare som önskar påbörja verksamhet i enskild tandvård ej skall föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa. Med denna regel, som ej förhindrat ersättningsetablering men väl nyetablering inom den enskilda sektorn, har nettotillskottet av tandläkare kunnat tillföras folktandvården. Av tabellen under 3.4 framgår att antalet tandvårdstimmar som producerats inom den privata sektorn i stort sett legat stilla under tandvårdsförsäkringens hela giltighetstid. Detta skulle kunna indikera att privattandläkarkåren kunnat bibehålla sin numerär under aktuell tid. Så är dock inte fallet. Ett antal privata etableringar har inte kunnat ersättas, när vederbörande tandläkare nedlagt sin verksamhet. Detta har dock i fråga om utförda tandläkartimmar i privat vård kompenserats genom den produktion som utförts av pensionärer, lärare vid odontologiska fakulteter och tjänstetandläkare, vilka beviljats villkorade tillstånd att vara privat verksamma. En ytterligare kompensation i tandläkartimmar har också skett genom det tillskott av "ledig tid" hos privattandläkarkåren, som tandvårdsutredningen räknade med skulle komma att tillföras tandvårdsområdet efter tandvårdsförsäkringens genomförande. Tillskottet beräknades uppgå till ca 500 000 timmar men blev i verkligheten 1 000 000.

För privattandvården har sålunda regelsystemet med de successiva skärpningar som skett under åren medfört dels att förhållandena vid tandvårdsförsäkringens införande konserverats, dels att privattandvårdens numerär inte kunnat helt upprätthållas, vilket i negativ riktning påverkat den regionala försörjningen med tandläkare.

6.1.2.2 Kvoteringssystemet

Kvoteringssystemet har omfattat folktandvårdens distrikts- och institutionstandvård och avsikten med detta har varit att fördela det ovan nämnda nettotillskottet av tandläkare på ett sådant sätt att de minst utbyggda folktandvårdsorganisationerna fått möjligheter till en relativt sett snabbare utbyggnad av sin barn- och ungdomstandvård. Därmed har de även givits en bättre möjlighet att uppfylla kraven i 1973 års rikdagsbeslut.

Kvoteringen som sådan medför sålunda en viss regional utjämning av tandläkarresurserna på vuxensidan, eftersom utbyggnaden av barn- och undomstandvården även ger en viss förstärkning av vuxentandvården.

Kvoteringen har således inneburit en möjlighet för folktandvårdsorganisationen att i någon mån utjämna förekommande, regionalt eller lokalt, bristande balans.

Med den utveckling av nettotillskottet av tandläkare som kommit till stånd och med de vikande siffrorna över nyinrättade tjänster inom folktandvården synes hittills tillämpade styrmedel i stort sett ha tjänat ut. Andra och mera positiva åtgärder bör tillgripas. Tandläkarna bör stimuleras att söka sig till tandvårdsresurssvaga områden. Vi återkommer härtill i förslagsdelen.

6.1.3 Specialisttandvården

Specialisttandvården är i hög grad ett serviceorgan åt allmäntandvården. Specialisttandläkaren är utbildad och praktiken är utrustad för att ta hand om svårare fall som remitteras från allmäntandläkaren. Detta förhållande är likartat oavsett man betraktar den privata eller offentliga sektorn inom tandvården.

I 1973 års riksdagsbeslut i vad avsåg folktandvårdens utbyggnad och reglering slogs fast att landstingskommunerna skulle svara för specialisttandvården inom sina resp. områden – antingen med egna resurser eller med utnyttjande av såväl egna som privattandläkares resurser. Nu gällande lagstiftning medger de privata specialisttandläkare, som var verksamma vid utgången av år 1972 resp. dem som under utbildning till specialist arbetade i privat tandvård vid sagda tidpunkt, rätt att inom försäkringens ram vara verksamma mot särskild taxa, taxa C. Någon rätt vid sjukdom, egen pensionering etc. att bli ersatt av annan specialist – med rätt att tillämpa taxa C – föreligger inte.

Den specialisttandläkare som inte uppfyller ovanstående krav för år 1972 men likväl önskar arbeta inom den privata sektorn kan uppnå detta endast genom att ersätta annan tandläkare (ersättningsetablering). Tandläkaren får dock icke i något fall tillämpa andra arvoden än dem som finns upptagna i allmäntandvårdens taxa (taxa A).

Innebörden av och meningen med ovanstående reglering är att landstingen på sikt skall svara för all specialisttandvård i landet.

Enligt direktiven skall vi i vad gäller specialisttandvården pröva det särskilda ansvar som ålagts folktandvården ävensom de ersättningsregler som gäller för privata specialister.

Tankegången bakom att ålägga folktandvården ansvaret för specialisttandvården synes ha varit att merparten specialisttandvård var att se som ett komplement till barn- och ungdomstandvården. Att detta är förhållandet när det gäller specialiteten barntandvård är helt uppenbart; folktandvården har det totala vårdansvaret för barn och ungdomar. Merparten tandregleringar sker också inom åldersgrupperna 0–19 år men här finns även ett vuxenbehov. Specialiteterna oral kirurgi, parodontologi och oral protetik är däremot i särskilt hög grad inriktade på den vuxna befolkningens behov. Behovet av tandläkare inom dessa specialiteter kan dessutom förväntas öka och öka kraftigt, allteftersom antalet äldre människor ökar sin andel av den svenska

befolkningen och dessa personer i ökad grad har kunnat bevara sina tänder.

Landstingskommunerna har tagit på sig ett vårdansvar, som de när det gäller de vuxna ännu icke tillnärmelsevis kunnat uppfylla. Av bilaga 3 till utredningen framgår att merparten landsting tvingas att begära dispens från denna skyldighet i en eller flera specialiteter.

Enligt vår mening finns det inte några medicinska/odontologiska skäl – ej heller några ekonomiska – för att landstingen skall bibehållas vid sitt nuvarande särskilda ansvar för specialisttandvården i sin helhet.

Den privata tandvårdssektorn kommer – även sedan folktandvården byggts ut i enlighet med 1973 års riksdagsbeslut – att svara för ca 2/3 av den totala vuxentandvården. Vid detta förhållande och med beaktande jämväl av HSU:s uppfattning, redovisad under 5.1, att det föreligger en principiell rätt att vara fritt yrkesverksam även inom vårdområdet synes det oss svårt att motivera bibehållandet av landstingens särskilda ansvar för specialisttandvården. Även det förhållandet att flera specialiteter inom tandvården i hög grad riktar sig till den vuxna befolkningen talar häremot. Vi finner således skäl föreligga för att ompröva nuvarande restriktioner gentemot den privata specialisttandvården.

Specialisttandvård som meddelas inom folktandvården debiteras enligt taxa A eller läkarvårdstaxan. Det är samtidigt ostridigt att specialisttandvård ställer sig dyrare p. g. a. högre utbildningskrav gentemot vissa personalgrupper, högre assistanskvot etc. "Det synes därför inte oskäligt", sade redan tandvårdsförsäkringsutredningen (SOU 1972:81), "att generellt medge en högre arvodesnivå för specialister."

Enligt riktlinjerna för vuxentandvården i 1973 års riksdagsbeslut skulle den vara självbärande inom både den offentliga och den privata sektorn. Det är vår uppfattning att dessa principer nu bör genomföras och taxa C sålunda bringas i tillämpning för all specialisttandvård, oavsett var den meddelas.

6.1.4 Tandvården för handikappade

Det finns i Sverige ett stort antal människor med handikapp av olika slag – rörelsehindrade, psykiskt utvecklingsstörda, psykiskt störda, epileptiker, allergiker etc. Undersökningar visar att personer med handikapp ofta har ett eftersatt tandvårdsomhändertagande om de är äldre än 19 år och sålunda inte längre omfattas av barn- och ungdomstandvården.

Tandvårdsförsäkringen och handikappersättningsreglerna har delvis löst patienternas ekonomiska problem vad gäller tandvård. Kvar att lösa är problemet med att kunna tillgodose resursbehovet av vård. I denna del har de vårdansvariga inte följt med utvecklingen. Handikapptandvården är alltfort starkt eftersatt i samhället, även om såväl enskilda landsting som enskilda, privat verksamma tandläkare tagit betydelsefulla initiativ för att underlätta för de handikappade – eller i vart fall vissa grupper bland dem – att få vård.

6.1.5 Tandvården för äldre människor

Olika undersökningar rörande äldre människors tandvårdsbehov etc. som genomförts i bl. a. Jönköping och Göteborg inger oss bekymmer. De visar nämligen, att endast ett mindre antal äldre personer går så regelbundet till tandläkaren att de kan beräknas undgå besvär med sitt tandhälsotillstånd. En orsak härtill kan naturligtvis vara att många av dessa människor saknar egna tänder och därför inte upplever sig ha så stort tandvårdsbehov. Ett annat skäl kan vara att de lever ensamma och isolerade.

Vi anser oss inte kunna avstå från att ställa särskilda krav på omhändertagandet av de äldres tandvårdsproblem.

6.1.6 Tandvårdens kvalitet

Det kan med fog hävdas att tandläkarna i Sverige har mycket hög kvalitet på diagnostik, förebyggande och reparativ tandvård; att det är deras ambition att valet av behandling skall styras av patientens behov. Det är vidare uppenbart att de lokala förtroendenämndernas arbete påverkat vårdkvaliteten i positiv riktning och att förhandsprövningssystemet inom tandvårdsförsäkringen verkat i samma riktning.

För att dessa positiva förhållanden skall kunna vidmakthållas måste emellertid konstruktionen av och nivån på taxan beaktas. Det är av största vikt att den skapar förutsättningar för vårdgivarna att följa med i den personalutveckling som sker och att därmed den övergång till en mera orsaksinriktad vård som eftersträvas kan underlättas.

6.1.7 Ekonomin inom tandvården

I propositionen (1973:45) om en allmän tandvårdsförsäkring understryker departementschefen vikten av att genom en allmän tandvårdsförsäkring "skapa lika möjligheter åt alla medborgare till en god tandvård till överkomliga avgifter". Tandvårdsförsäkringen öppnade möjligheterna härtill. Utvecklingen av tandvårdsförsäkringen synes emellertid numera ha slagit in på en annan väg. Det ekonomiska stödet till de vuxna patienterna har kommit att urholkas alltmera. Det finns enligt vår uppfattning en uppenbar risk för att vi snart befinner oss i samma läge som före tandvårdsreformen, dvs. att de vuxnas ekonomi mera än deras behov av vård styr efterfrågan. Även om den negativa utvecklingen är betingad av ett svårt samhällsekonomiskt läge är det angeläget att den hålls under bevakning så att tandvårdsförsäkringens ersättningsnormer inte i alltför hög grad kommer att avvika från det samhällsstöd som ges annan vård.

För barn- och ungdomstandvården är situationen glädjande nog en annan. Den avgiftsfria tandvården har skapat en god tandhälsa hos dessa grupper, vilket avspeglat sig i bl. a. en kontinuerlig sänkning av behandlingstiderna för barn och ungdomar. Detta goda förhållande måste vidmakthållas. Det är vidare glädjande att kunna konstatera, att det i flera landsting varit möjligt att i samverkan mellan huvudmännen och de lokala tandläkarföreningarna lösa avgiftsfrågan för de barn som av särskilda skäl söker vård utanför folktandvårdens ram, exempelvis hos s. k. familjetandläkare. Det borde

vara möjligt att få detta system för kliniskt omhändertagande av ett antal barn och ungdomar i privattandvården accepterat i alla huvudmannaområden.

6.2 *Av tandvårdsfrågor berörda intressenter*

Kretsen av berörda intressenter är i tandvårdsfrågor ganska liten. Den kan i merparten frågor begränsas till tre, nämligen samhället, den enskilde medborgaren och tandvårdsteamet. I denna konstellation måste för större klarhets vinnande samhället delas upp på staten resp. landstingen och de landstingsfria kommunerna. Kretsen av intressenter kan också beskrivas som bestående av försäkringsgivaren, försäkringstagarna och vårdgivarna, vilka sistnämnda i så fall kan uppdelas på privata och offentliga vårdgivare. Till de offentliga vårdgivarna räknas huvudsakligen landstingen i egenskap av huvudmän för folktandvården, men även staten svarar för viss vårdgivning i sin egenskap av huvudman för tandvården vid de odontologiska fakulteterna.

Det är väsentligt för det fortsatta arbetet att man har klart för sig hur olika kretsen av intressenter kan beskrivas. Landstinget är exempelvis en del av vårt politiskt-demokratiska samhälle. På denna del har lagts ansvaret – det politiska ansvaret – för att medborgarna har tillgång till hälso- och sjukvård. Men ett landsting är inte enbart en politisk instans med härav följande förvaltning. Det är också en verksamhetsdrivande instans – en företagare- och arbetsgivareverksamhet – som tar i anspråk en hel del av samhällets ekonomiska resurser och som formellt konkurrerar med andra verksamhetsformer.

Kretsen av intressenter kan också bestämmas utifrån tandvårdsförsäkringens konstruktion.

Genom nuvarande lag om allmän försäkring (med bl. a. de ändringar däri som genomförts efter riksdagens beslut om att införa en allmän tandvårdsförsäkring) har svenska folket beviljat sig förmånen att obligatoriskt tillhöra vissa försäkringsformer och -system. Medborgarna har samtidigt genom riksdagen uppdragit åt Staten, Riksförsäkringsverket, att vara folkets försäkringsgivare och bemyndigat verket att täcka sina kostnader för försäkringen genom att från försäkringstagarna – alla medborgare som fyllt 16 år – uppbära premier i form av s. k. arbetsgivaravgifter.

Försäkringskonstruktionen är renodlat ekonomisk. Försäkringsgivaren har förbundit sig att i vissa former ersätta den vård den enskilda försäkringstagaren styrker sig ha erhållit. Försäkringsgivaren kan således sägas vara upphandlare av vårdkapacitet för sina försäkrade. Ekonomiska motparter vid dessa upphandlingar är de olika vårdgivarna – landstingen, de privata tandläkarna i olika företagsformer samt i någon ringa mån staten genom sina odontologiska kliniker. För erforderliga ekonomiska transaktioner finns det i varje län en lokal försäkringskassa med flera avdelningskontor. Genom samarbete mellan försäkringsgivarens lokalkontor och i landstingsområdets befintliga olika vårdgivare har försök gjorts att garantera de försäkrade icke blott ekonomisk ersättning utan även tillgång till vård. Arbetet härmed utförs i lokala s. k. samrådsorgan, vari deltagarnas lokala kännedom om existerande förhållanden är av stor betydelse.

6.3 *Ansvarsförhållanden*

6.3.1 Ansvarsbilden

Ansvarsbilden inom tandvården är – liksom inom andra vårdområden – komplex beroende på bl. a. att den innehåller

a) ett politiskt ansvarsbegrepp, sammanhängande med att vissa beslut om tandvården tagits i politiska instanser
b) ett juridiskt ansvarsbegrepp, innebärande att vissa beslut inom tandvårdsområdet är försedda med sanktioner eller rymmer möjlighet till ekonomisk gottgörelse
c) ett moraliskt ansvarsbegrepp
d) ett medicinskt ansvarsbegrepp.

Ansvarsbilden är också komplicerad av det förhållandet, att i ansvarsbegreppet involverade personer uppträder i flera olika skepnader samt att ansvar som begrepp kan spaltas upp i olika komponenter.

6.3.2 Vilka juridiska – och fysiska – personer är inblandade?

1. *Staten* har genom lagstiftning lagt fast kunskapsnivån för rätten att utöva tandläkaryrket i Sverige och *ansvarar* i egenskap av huvudman för den högre utbildningen för att tandläkarutbildningen är av sådan kvalitet att denna nivå uppnåtts av alla som examineras och erhåller legitimation.
2. *Staten* har genom lagstiftning gjort landstingen *ansvariga* för att barn och ungdomar i åldersgrupperna 0–19 år utan kostnad får regelbunden, fullständig vård.
3. *Staten* har genom lagstiftning åtagit sig rollen att vara försäkringsgivare och *ansvarar* därmed för att försäkringstagaren får det skydd han erbjudits.
4. *Staten* har genom att ikläda sig ett försäkringsgivaransvar också tagit *ansvar* för att premier inbetalas till försäkringssystemet i tillräcklig grad.
5. *Landstingen* har ansvar för att punkt 2 uppfylls, vilket de facto innebär dels ett *vårdansvar* – att alla barn och ungdomar skall få regelbunden vård, dels ett *kostnadsansvar* – att alla barn och ungdomar skall få vården utan kostnader, dels ock ett *resursansvar* – för vården erforderliga tekniska och personella resurser skall finnas och fungera.
6. *Tandläkarna* – både de offentligt anställda och de privat verksamma – är *ansvariga* för att den vård som ges är i överensstämmelse med tandläkarinstruktionen.
7. *Patienterna* har i princip *ansvaret* för att väl vårda sin tandhälsa.

Att ansvarsbilden är komplex innebär inte att den är motsägelsefull. Existerande ansvarsfrågor inom tandvården, som måste vara juridiskt reglerade, är klart formulerade i gällande rätt, vare sig det gäller förhållandet mellan samhället och medborgarna, samhället och vårdgivarna eller medborgarna och vårdgivarna.

6.4 *Organisationsförhållanden*

6.4.1 Folktandvården

Folktandvården står under tillsyn av socialstyrelsen. Som framgår av folktandvårdslagen med tillhörande kungörelse utövas ledningen av folktandvården närmast under tandvårdsnämnd/sjukvårdsstyrelse av en tandvårdschef. Landstinget skall vara indelat i tandvårdsdistrikt. I varje distrikt skall finnas minst en fast distriktstandpoliklinik. I anslutning till minst ett av landstingets lasarett skall finnas poliklinik för specialisttandvård, huvudsakligen avsedd för oralkirurgisk vård.

6.4.2 Den privata tandvården

Privat tandvård bedrivs i en-, två- eller flermansmottagningar under enskild firma eller som aktiebolag eller handelsbolag. Ungefär hälften av de tandläkare som är verksamma i enskild tandvård utövar sin verksamhet i Praktikertjänst AB. De privat verksamma tandläkarna står under tillsyn av socialstyrelsen.

6.4.3 Samverkan mellan privat verksamma tandläkare och folktandvården

För att underlätta lösandet av en del av de problem som är avhängiga av den bristande regionala balansen samverkar privata tandläkare och folktandvården i fråga om bl. a. följande:

a) barntandvården, i de fall där folktandvården ej är fullt utbyggd. Samverkan regleras i dessa fall genom vårdavtal, upprättade mellan resp. landsting och lokalförening av tandläkare.
b) jourverksamhet
c) nya patienter
d) revisionstandvård för 20-åringar
e) specialisttandvård

6.4.4 Problem berörande organisationsförhållandena

Den samverkan som förekommer enligt 6.4.3 sker inom s. k. samrådsorgan (i princip ett inom varje försäkringskasseområde) med representanter för privattandläkare, folktandvård och försäkringskassa. De har på många håll nått fina resultat genom sin rådsverksamhet, men hur kunna ge dessa organ en lagfäst status utan att kollidera med den politiska demokratin?

Planeringssamverkan är av stor betydelse för att man skall kunna komma till rätta med den bristande regionala balansen.

För samverkan på lika villkor är det också nödvändigt att verksamheterna bedrivs under i stort sett enahanda betingelser. Kraven på optimala vårdinsatser måste vara kopplade till krav på effektivitet och kostnadsmedvetenhet, vilka i sin tur bör kopplas till försäkringen och de ersättningar den lämnar. Problemen härvidlag är hur man skall kunna mäta effektivitet etc. och hur man inom ramen för lika villkor skall kunna balansera den olika

kostnadsutveckling som under senare år skett inom folktandvård resp. privattandvård.

6.5 *Finansieringsförhållanden*

6.5.1 Tandvårdens finansiering

Kostnaderna för den tandvård som meddelats patient betalas, när det gäller vuxen patient hos tandläkare i enskild tandvård, dels av försäkringen, dels genom patientavgifter. När det gäller den av folktandvårdsorganisationen meddelade tandvården – barn- och ungdomstandvård såväl som vuxentandvård – bekostas denna dels av landstingen genom skattemedel, dels av försäkringen, dels och genom patientavgifter från de försäkrade.

Tandvårdsförsäkringen finansieras till 85 % genom arbetsgivaravgifter och till 15 % genom statsbidrag.

Tandvårdskostnaderna inom folktandvården och den privata sektorn 1979 var ungefär 3 600 miljoner kronor fördelade på

	Försäkr.ersättning	Patientavgifter	Ftv:s nettokostnad	Summa
Privattandvård	1 161	656	–	1 817
Folktandvård				
därav				
vuxentandvård	270	144	151	565
barntandvård	320	–	427	747
specialisttandvård	96[a]		365	461
Summa	1 847	800	943	3 590

[a]Beloppet innehåller även erlagda patientavgifter.

Kostnaden inom privattandvården uppgick således till ca 1 800 miljoner kronor, varav 36 % betalades genom patientavgifter och 64 % av försäkringen.

Kostnaden för folktandvårdens vuxentandvård uppgick till ca 565 miljoner kronor (exkl. specialisttandvård), varav 25,5 % betalades genom patientavgifter, 48 % av försäkringen och 26,5 % av landstingen. Av totalkostnaden inom folktandvården (inkl. kostnaderna för barn- och specialisttandvården) svarade landstingen för 53 %, försäkringen för 38,5 % och patientavgifterna för 8,5 %. Landstingen erhåller av försäkringen ca 320 miljoner kronor för barn och ungdomar som meddelats regelbunden fullständig vård.

6.5.2 Finansieringsproblem

Av ovanstående redovisning framgår att landstingen ekonomiskt belastas dels av tandvårdsförsäkringens bestämmelser om att de skall svara för – i princip – 70 % av kostnaderna för barntandvården i åldrarna 6–16 år, dels av att vuxentandvårdens kostnader överstiger dess intäkter. När det gäller vuxentandvården, som förutsättes finansieras av försäkringen via tandvårdstaxan, innebär vad ovan redovisats att landstingen för att klara finansieringen

härav måste skjuta till pengar, dvs. skattemedel. Av landstingsförbundets utredning rörande folktandvårdens intäkter och kostnader 1979 (RS-skrivelse nr 43/81, 1981-02-04) framgår, att folktandvårdens kostnader är betydligt högre än privattandvårdens under motsvarande tid. Kostnadsskillnaden betingas delvis av att folktandvården har en administrativ ledningsfunktion, högre lokalkostnader, vakanser och högre personaltäthet etc. Dessa faktorer ger dock inte ett kostnadsutslag som helt förklarar differensen mellan de faktiska kostnaderna och de kostnader som s. a. s. medges inom tandvårdstaxans ram.

6.5.3 Överläggningsordning

Vi har tidigare i våra överväganden i fråga om vuxentandvården markerat det angelägna i att vidmakthålla försäkringsbegreppet i tandvårdsreformen och därmed också fastlägga att försäkringsgivaren genom försäkringsåtagandet har ett ansvar gentemot försäkringstagarna/de försäkrade att tillhandahållandet av vårdresurser sker till försvarbara kostnader. Tandvårdstaxan skall vara uttrycket för att vuxentandvård är en helt försäkringsfinansierad verksamhet. Motparter vid fastställandet av tandvårdstaxan är följaktligen de som tillhandahåller vårdresurserna, dvs. de privata och offentliga vårdgivarna. Mot denna bakgrund bör formerna för fastställandet av tandvårdstaxan ändras.

6.5.3.1 Nuvarande författningsmässiga reglering och dess bakgrund

I propositionen om allmän tandvårdsförsäkring m. m. (prop. 1973:45) uttalade departementschefen:

"Jag delar utredningens uppfatting att tandvårdstaxan skall fastställas av Kungl. Maj:t för högst två år i sänder efter förslag av riksförsäkringsverket."

"Den föreslagna tandvårdsdelegationen får väsentliga uppgifter såsom beredningsorgan när det gäller frågor angående tandvårdsförsäkringen. En viktig uppgift för tandvårdsdelegationen blir att bereda frågan om förslag till framtida ändringar i tandvårdstaxan. Såsom föreslagits i det föregående avses tandläkarförbundet bli representerat i tandvårdsdelegationen. Detta innebär, att tandläkarförbundet i likhet med andra berörda intressenter vid överläggningar inom ramen för tandvårdsdelegationen får möjlighet att framföra sina synpunkter i frågor som gäller tandvårdstaxan. Jag ansluter mig därför till utredningens förslag om formerna för fastställande av ny eller ändrad taxa."

Inom ramen för den s. k. sexpunktsöverenskommelsen mellan riksförsäkringsverket och tandläkarförbundet, redovisad i proposition 1975/76:44, kom verket och förbundet överens om en förhandlingsordning.

Överenskommelsen har följande innehåll:

"I syfte att såvitt möjligt uppnå samförstånd mellan riksförsäkringsverket och berörda intressenter i samband med att verket lägger fram förslag rörande tandvårdstaxan enligt 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring skall följande överläggningsordning tillämpas. Basfakta, som anses erforderliga för bedömning av tandvårdstaxans utfall m. m., tas fram efter överläggningar i tandvårdsdelegationen eller särskilda arbetsgrupper som delegationen utser för beredning av hithörande frågor.

Innan riksförsäkringsverket lägger fram taxeförslag till regeringen, överlägger företrädare för verket med de i tandvårdsdelegationen ingående representanterna för folktandvårdens huvudmän, tandläkarna och tandteknikerna. Dessa överläggningar skall inledas senast tre månader före den tidpunkt då den nya taxan förutsätts gälla och skall vara avslutade senast sju veckor före nämnda tidpunkt. Överläggningarna hålls med varje intressent för sig. Härvid redovisas från verkets sida bl. a. bedömningar av framförda yrkanden och motiv.

Resultatet av överläggningarna föredras i tandvårdsdelegationen och redovisas till regeringen – jämte övrigt material som intressent önskar åberopa – i samband med taxeförslaget."

Riksförsäkringsverket skall sålunda enligt överläggningsordningen överlägga med berörda intressenter, var för sig. Eftersom tandvårdstaxan, avdelning A med särskilda arvodesbestämmelser och avdelning C (avseende specialisttandläkare), helt avser tandläkarnas åtgärder gentemot de vuxna patienterna, betyder detta att de två parter som har ett gemensamt ekonomiskt intresse av tandvårdstaxans utformning saknar möjlighet att samverka i överläggningarna.

Överläggningsordningen innebär också att riksförsäkringsverket utan att vara överens med vare sig tandläkarförbundet eller landstingsförbundet kan framlägga förslag till taxerevision till regeringen.

6.5.3.2 TU 78:s studier

TU 78 har under september 1980 varit i tillfälle att studera tandvårdsorganisationerna i Västtyskland och Storbritannien. Intrycken härifrån har redovisats i Bilaga 2 till utredningen.

Vi finner det angeläget att här något ytterligare belysa det system för tandvårdstaxans framtagande som tillämpas i Storbritannien.

Taxan bestäms – såsom framgår av bilaga 2 – med hjälp av flera instanser.

1. *The Doctors' and Dentists' Review Body* på vilken vilar att avge yttrande över vad som med hänsyn till likvärdiga funktioner och yrkesgrupper bör vara en lämplig nettointäkt för läkare och tandläkare. En dylik rekommendation avges varje år. Sammansättningen av the Review Body är så avvägd, att dess utlåtande icke angrips. Kommittén har en opartisk ordförande. Såväl regeringen som det brittiska tandläkarförbundet lämnar underlag för kommitténs arbete.

2. Mot bakgrund av the Review Body's rekommendation om nettoinkomsten åvilar det en särskild taxegrupp – *the Dental Rates Study Group* – att fastställa en bruttointäkt för genomsnittstandläkaren med beaktande av förekommande omkostnader och deras förväntade utveckling under taxeperioden.

The Dental Rates Study Group är sammansatt av representanter för socialdepartementet och för tandläkarorganisationen – till lika delar. Ordförandeposten i gruppen besätts med en oberoende/neutral person, som hitintills alltid varit professionell ekonom (auktoriserad revisor).

Detta system infördes under 1960-talet, sedan ett tidigare system med direkta förhandlingar/överläggningar mellan staten och den brittiska tandläkarorganisationen visat sig oförmöget att lösa uppkommande problem.

Med hänsyn till den svenska tandvårdstaxans konstruktion och då det ytterst rör sig om en upphandling av vård från försäkringsgivarens/ riksförsäkringsverkets sida kan det finnas anledning att något ta intryck av det engelska systemet.

Tidigare har vi hävdat att i tandvårdsförsäkringen bör bibehållas markeringen av att försäkringsgivaren företräder de försäkrades ekonomiska intressen. De försäkrade skall dessutom enligt HSU erbjudas möjlighet till vård på lika villkor. Detta nödvändiggör att vårdgivarna ges en viss förhandlingsrätt, som skall utövas gemensamt.

Det synes svårt att förena det socialt inriktade försäkringssystemet med en totalt fri förhandlingsrätt. Erfarenheterna från det engelska systemet tyder på detta och det torde även kunna hävdas att försäkringstagarna har rätt att i varje läge kunna förlita sig på att en fastställd taxa föreligger.

Mot bakgrund härav bör inrättandet av en särskild taxerevisionsgrupp föreskrivas i den kommande lagstiftningen. Till sammansättningen av denna grupp, dess uppgifter etc. återkommer vi i förslagsdelen.

6.6 *Hälso- och sjukvårdsutredningens (HSU) betänkande*

Enligt våra direktiv skall vi beakta resultatet av HSU:s arbete, eftersom denna utredning haft även uppdraget att pröva hur lagstiftningen om tandvården skall utformas i framtiden. HSU lade fram sitt betänkande i oktober 1979 med förslag till hälso- och sjukvårdslag.

Betänkandet har remissbehandlats under 1980. Vissa anmärkningar har därvid riktats mot HSU:s tankegångar rörande begreppet närvård, vari funktionellt inlagts den lokala hälso- och sjukvårdens primärvård (inkl. folktandvården). Detta har uppfattats kunna innebära ett sönderslående av folktandvårdens nuvarande struktur, vilket vore ett allvarligt hot mot en rationell samverkan mellan folktandvården och de privata vårdgivarna.

Regeringen har ännu inte framlagt någon proposition i ärendet, vilket gör att ovanstående anmärkning kvarstår. Tveksamhet föreligger därmed också om i vad mån tandvården kommer att omfattas av en kommande hälso- och sjukvårdslag eller om man i avvaktan på vårt förslag låter tandvården ligga utanför HSL tills vidare. Om man väljer sistnämnda alternativ bör likväl följande punkter i HSU-förslaget beaktas i vårt arbete.

6.6.1 HSU:s målsättning

HSU föreslår en ramlag för hälso- och sjukvården, inom vilken landstingen skall verka för en god hälsa för hela befolkningen, planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt från befolkningens behov och tillse att behoven tillgodoses på lika villkor.

6.6.1.1 Landstingens planeringsansvar

Inom ramen för vad HSU kallar landstingens totalansvar skall dessa planera hälso- och sjukvården för hela landstingsområdet i samverkan med andra befintliga vårdgivare samt därvid tillse att vårdresurser finns i tillräcklig

omfattning. Detta innebär att landstingen i sista hand har skyldighet att ta på sig ytterligare vårdansvar. Det klarlägges samtidigt, att en ny lagstiftning inte avses innehålla en bestämmelse av innebörd att landstinget kan beordra enskilda vårdgivare att bedriva eller upphöra med viss verksamhet. Det slås fast, att det föreligger en principiell rätt att vara fritt yrkesverksam på hälso- och sjukvårdens område såväl som på andra verksamhetsområden.

Enligt vårt förmenande innebär HSU:s tankegångar, att landstingen avses ges ett vidgat ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling inom landstingskommunerna och där befintliga resurser. Det innebär däremot inte någon skyldighet för landstingen att själva bedriva verksamheten. Denna kan principiellt bedrivas av annan behörig vårdgivare. Inom planeringsansvaret kan således inrymmas även skyldighet att träffa för hälso- och sjukvårdens uppfyllande av målen nödvändiga avtal och andra överenskommelser om samverkan.

Med vad ovan anförts anser vi att HSU klart givit sitt stöd åt att även den enskilda vårdsektorn skall ges möjlighet att utvecklas inom den framtida hälso- och sjukvårdssektorn. Det är enligt vår uppfattning väsentligt att den enskilde patienten så långt möjligt har frihet att själv avgöra om han vill vända sig till den offentliga sektorn eller en enskild vårdgivare för vård. (Jfr socialförsäkringsutskottets uttalande i SfU 1976/77:1).

6.6.1.2 Begreppet "lika villkor"

Med kravet att hälso- och sjukvården skall tillgodose befolkningens behov på "lika villkor" bör enligt vårt förmenande förstås, att den skall eftersträva att utjämna skillnader, beroende på ålder, inkomst, utbildning etc. och motverka inverkan av geografiska och språkliga olikheter. Likformiga taxor eller motsvarande torde även inrymmas i begreppet.

6.6.1.3 Begreppet "samverkan"

För att kunna leva upp till sin målsättning enligt lagförslaget inom ramen för de begränsade resurser som det svenska samhället totalt kan beräknas förfoga över under 1980-talet önskar HSU uppnå bästa möjliga effekt av de resurser som f. n. finns resp. de resurser som under 80-talet kan tillföras hälso- och sjukvårdsområdet. Ett led i denna strävan är den övergripande planering som beskrivits ovan. Ett andra led är samverkan – en skyldighet för landstingen att samverka med andra myndigheter, organisationer och enskilda.

Samverkan är enligt vår mening ett vidare och starkare begrepp än samråd. Det rör sig således inte enbart om att bereda andra parter möjlighet att ta del av något förslag till utveckling av vården etc. utan det handlar om att endera parten skall ha möjlighet att påverka förslagets utformning med sina kunskaper och erfarenheter. Samverkan markerar, att samarbetet skall präglas av ett ömsesidigt givande och tagande. Om så sker synes problemen under 6.4.4 ovan kunna få sin lösning.

6.6.2 Sammanfattning

Målet för den framtida hälso- och sjukvården – i vilken tandvården ingår – skall enligt HSU vara att främja en god hälsa hos befolkningen och att ge alla medborgare rätt till vård på lika villkor.

I nuläget och troligen under större delen av 80-talet kommer det ekonomiska utrymmet i samhället inte att öka. Det får till följd att förändringar inom hälso- och sjukvården eller delar av denna, som innebär krav på ökade resurser, till största delen måste ske genom omfördelning av befintliga resurser. Samtidigt tvingas vi konstatera att tandvården även i inledningen av 80-talet befinner sig i ett expansivt skede, eftersom målet för 1973 års tandvårdsreform inte kunnat uppnås inom 70-talets ram. Ej heller har en mot vårdefterfrågan svarande regional balans i vårdresurserna kunnat åstadkommas. Det blir således en grannlaga och samtidigt en mycket svår samhällsekonomisk prioriteringsuppgift att på bästa sätt utnyttja föreliggande och tillkommande resurser.

För att uppgiften skall kunna lösas på ett för alla berörda parter acceptabelt sätt, utan en omfattande och resurskrävande samhällelig kontrollapparat, krävs samverkan enligt ovan mellan olika vårdgivare och en långsiktig planering av den totala verksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet.

6.7 *Slutsatser*

Vid utbyggandet av tandvården efter tandvårdsförsäkringens införande har barn- och ungdomstandvården prioriterats. Därigenom har vuxentandvårdens behov kommit i andra hand. Eftersom barn- och ungdomstandvården inom något år är utbyggd i enlighet med 1973 års riksdagsbeslut är det enligt vår mening nu dags att – utan att inkräkta på barn- och ungdomstandvården – ge vuxentandvården ökat utrymme och därvid med kraft angripa nuvarande bristande balans mellan olika landstingskommuners tillgång till tandvårdsresurser.

Vi ställer oss bakom de krav som hälso- och sjukvårdsutredningen lägger fast i sitt förslag till lagstiftning och som redovisats ovan.

Tandvårdsresurserna används f. n. till ca 80 % för reparativ vård. Något mått på vilken andel av de totala tandvårdsresurserna som i framtiden bör utgöra förebyggande vård har inte kunnat anges. Tveksamhet måste också framföras i fråga om vad som skall definieras som förebyggande vård. Reparativ tandvård kan t. ex. i en viss situation betraktas som delvis förebyggande. Att denna vård på sikt skall kunna erbjudas alla vuxna är ett mål för tandvården, men vad som skall inläggas i begreppet och av vem eller vilka vården bör utföras är fortfarande olösta problem. Detta påverkar även frågan om dimensioneringen av utbildningen för profylaxpersonal.

Den ökning av alla kategorier tandvårdspersonal som kan förutses under 80-talet medför att även om den förebyggande vården för vuxna ökar, kommer nödvändig reparativ vård ej att behöva eftersättas.

Tandvård skall vara lika tillgänglig för alla som har behov därav.

För att tandvård skall kunna erbjudas alla på lika villkor måste så snart som möjligt en bättre regional balans i fråga om tandvårdsresurser åstadkommas.

Det är därför enligt vår mening viktigt att det tillskott av resurser som successivt kan tillföras vuxentandvården fördelas på ett sådant sätt att tillgången på vård så snart som möjligt kommer att motsvara föreliggande efterfrågan i alla delar av landet.

Vi bedömer det även som angeläget att den som söker tandvård skall kunna bli undersökt och behandlad inom rimlig tid. Försäkrade som är i akut behov av vård skall tas om hand omgående. Nya patienter bör kunna mottagas för undersökning inom tre månader.

En förutsättning för att ovannämnda mål skall uppnås är att existerande samrådsförfarande mellan tandvårdens intressenter byggs ut till en reell samverkan mellan i första hand folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna, i enlighet med vad som uttalats under 6.6.1.3, dvs. en samverkan mellan likaberättigade parter.

En stor del av kostnaderna för tandvården betalas av det allmänna – merparten genom tandvårdsförsäkringen men en icke obetydlig del även via landstingsskattemedel. Det politiska ansvaret för att tandvården får erforderliga resurser är således delat mellan våra rikspolitiker och våra landstingspolitiker. Att medborgarna har en möjlighet att utkräva detta ansvar är enligt vårt förmenande en självklarhet och följer av vår demokratiska konstitution. Någon särskild markering härav synes följaktligen inte behöva ske, annat än vad gäller barn- och ungdomstandvården, där landstingen även för framtiden bör ha ett lagfäst ansvar för att barn och ungdomar erhåller regelbunden och fullständig behandling.

De krav på ökade resurser som till följd av en fortsatt utbyggnad av vuxentandvårdsresurserna kommer att ställas, kommer förmodligen att mötas med motkrav på bättre hushållning med existerande resurser. Vårdgivarna måste därför ständigt försöka effektivisera vården. En förändring av vårdens odontologiska innehåll bl. a. till förmån för mera förebyggande vård inom ramen för oförändrad resursinsats bör därför prövas.

6.8 *Övrigt*

I sitt betänkande med lagförslag till reglering av hälso- och sjukvården tar HSU även upp frågan om de behörighets- och tillsättningsregler som nu återfinnes i olika författningar m. m. avseende hälso- och sjukvården. HSU anser i och för sig att bestämmelser om sakkunnigförfarandet vid tillsättning av vissa tjänster kan utmönstras ur lagstiftningen och i stället överföras till reglering genom kollektivavtal mellan arbetsmarknadsparterna. I fråga om behörighetsbestämmelserna för vissa anställningar inom hälso- och sjukvården anser utredningen nödvändigt att en särskild översyn göres. I avvaktan på att en sådan översyn hinner göras och leda till beslut föreslår man att en särskild förordning om behörighet för vissa anställningar bör gälla övergångsvis.

Mot denna bakgrund föreslår man, att riksdagen i samband med antagandet av en hälso- och sjukvårdslag upphäver bl. a. gällande folktandvårdslag och folktandvårdskungörelse.

Regeringen har under 1980 beslutat att frågan om behörighetsregler och tillsättningsbestämmelser inom hälso- och sjukvården skall göras till föremål för särskild översyn.

Här angivna förhållanden bör beaktas vid utformningen av en ny lagstiftning för tandvården, oavsett om denna lagstiftning ges en självständig utformning för hela tandvårdsområdet, inarbetas i den nya lagen för hälso- och sjukvården eller i avvaktan på att det sistnämnda sker endast reglerar folktandvårdsområdet.

Garantierna för patientens trygghet och vårdens kvalitet försvagas väsentligt om ovan angivna tankegångar att slopa de särskilda reglerna för tillsättning av tjänster inom hälso- och sjukvården genomförs.

Samma bedömning måste även ges HSU:s förslag när det gäller tandvårdsområdets behörighetsregler. De är alltför ofullständiga.

Vi återkommer härtill senare.

Bilaga B

Kapitel 7 Tandvården i framtiden

Vi har i de föregående kapitlen redovisat utvecklingen inom olika områden av tandvården sedan tandvårdsförsäkringens införande, därvid vi i sjätte kapitlet försökt fånga upp och analysera såväl de problem som alltjämt vidlåder tandvården som de frågeställningar m. m. som aktualiserats genom Hälso- och sjukvårdsutredningens förslag till ny lag för hälso- och sjukvården i Sverige. Vår utgångspunkt i det följande är att tandvården, som är den del av hälso- och sjukvården, antingen omedelbart eller efter viss övergångstid inlemmas i lagregleringen av hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av tidigare redovisade slutsatser anger vi i detta kapitel våra överväganden och förslag vad gäller den framtida tandvården.

7.1 *Ansvar*

7.1.1 Statsmakterna och centrala myndigheter

Genom lagstiftning om tandvården och tandvårdsförsäkringen, dimensionering av utbildningen av tandvårdspersonal och fastställande av utbildningsplaner fastlägger statsmakterna den övergripande tandvårdspolitiken i landet.

I propositionen 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m. anförde föredragande statsrådet att det med nuvarande långsamma tillväxt av samhällsresurserna inte är möjligt för den kommunala sektorn att ha en så snabb utbyggnadstakt som tidigare. Kraven på ändamålsenlig planering och på förmågan att utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt skärps därför. Även om det är kommunerna som har det grundläggande planeringsansvaret, så är det väsentligt för statsmakterna att ha "ett sådant inflytande på vårdsektorns planering att vården får en likartad utveckling och standard över hela landet". Statsrådet konstaterade också att "staten har ett överordnat ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården i riket som leder till att planeringen av denna sektor måste ske i samspel mellan stat och kommun".

Statens tillsynsorgan för hälso- och sjukvården är socialstyrelsen. Styrelsen kan på detta område sägas ha ett övergripande planerings- och samordningsansvar för omfattningen och inriktningen av socialvården och hälso- och sjukvården inklusive tandvården i landet. Denna övergripande planering skall ske i samspel med landstingen och med hänsyn tagen till samhällets resurser. Socialstyrelsen har också en ren tillsynsuppgift i syfte att bevara kvaliteten i vårdinsatserna samt att tillgodose den enskildes rätt inom hälso- och sjukvårdens olika delar.

Som ett led i denna senare uppgift bör det ankomma på socialstyrelsen att följa tandvårdens utveckling i samverkan med företrädare för såväl offentlig och privat vård som forskningen inom odontologin. Såväl sociala som odontologiska bedömningar bör ingå i denna uppgift. Det bör härvid även kunna ifrågakomma att styrelsen fastställer övergripande riktlinjer för vårdens inriktning och utförande.

Riksförsäkringsverket har i egenskap av ansvarig myndighet för hela socialförsäkringssystemet en betydelsefull roll när det gäller den ekonomiska utvecklingen och uppföljningen inom tandvården och tandvårdsförsäkringssystemet.

Någon ändring av riksförsäkringsverkets roll inom tandvårdssystemet föreslås inte av oss.

Universitets- och högskoleämbetet samt skolöverstyrelsen utarbetar utbildningsplaner för tandvårdspersonal.

7.1.2 Landstingen

HSU har – närmast med hänvisning till Sveriges ekonomiska problem under 1980-talet – sökt finna vägar att få ut en högre effekt av de insatser som totalt sett görs. Detta torde utan tvekan ligga i allas intresse. Mot denna bakgrund har HSU föreslagit att landstingen i den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen ges ett vidgat ansvar för hälso- och sjukvården innebärande dels ansvar för en övergripande planering av vårdresurserna – allt i samverkan med övriga vårdgivare inom landstingsområdet – dels ett yttersta ansvar för att tillräckliga resurser finns inom respektive landstingsområde. Vi delar den uppfattning som kommit till uttryck i HSU:s förslag.

7.1.2.1 Ansvaret för barn- och ungdomstandvården

Vårdansvaret för barn och ungdomar i åldrarna 0–19 år åläggs liksom hittills folktandvården, med möjlighet för denna att genom vårdavtal med enskilda vårdgivare överlåta det kliniska omhändertagandet åt dessa.

7.1.2.2 Ansvaret för vuxentandvården

Beträffande vuxentandvården har landstingen inte samma ansvar. Enligt folktandvårdslagen skall landstingen tillhandahålla tandvård för vuxna i lämplig omfattning.

Vi har tidigare under 6.1.1 redovisat innebörden i målsättningen för 1973 års riksdagsbeslut. Det är vår uppfattning, när det gäller fördelningen av tjänstetandläkarnas arbetstid mellan barntandvård och vuxentandvård, att

tjänstetandläkarna – för att upprätthålla ett allsidigt odontologiskt kunnande och en korrekt revisionsbehandling av sina vuxna patienter, bör arbeta till högst 50 % med barn- och ungdomsklientelet. Återstående tid bör ägnas åt vuxentandvården, inom vars område vi föreslår att landstingen får ett utökat ansvar för vissa grupper.

Vad nyss sagts menar vi ej skall utgöra hinder för folktandvården att även i framtiden bibehålla ett begränsat antal rena barn- resp. vuxentandvårdstjänster vid sidan av de blandtjänster som i dag dominerar bilden.

Med hänsyn till den utbyggnad som pågår och planeras synes beräkningen i riksdagsbeslutet 1973 rörande folktandvårdens totala andel av vuxentandvården utan särskilda åtgärder vara uppnådd inom de närmaste åren. Vi har bedömt detta som gällande för riket och därvid beaktat direktiven om att ta hänsyn till den sammanlagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik inom olika delar av landet.

Med beaktande av det vidgade ansvar som landstingen enligt lagförslaget till HSL avses få och som innebär att landstingen i samverkan med bl. a. de privata vårdgivarna skall planera tandvården inom respektive landstingsområde på sådant sätt, att målen i HSL kan uppnås med ett optimalt utnyttjande av förefintliga och tillkommande ekonomiska resurser och vårdresurser, anser vi att man visavi den vuxna befolkningen kan tala om ett för privat och offentlig tandvård gemensamt ansvar.

Det synes oss med detta konstaterande onödigt att försöka definiera ett ur det vidgade ansvaret utgående antal speciella ansvarsbegrepp. De delar av förekommande ansvarsbegrepp som ur rättssäkerhetssynpunkt bör vara lagreglerade torde vara detta redan i nuvarande lagstiftning. Det gemensamma ansvaret för vuxentandvården bör avspegla sig i ett samlat agerande från landstingens och de inom dessas geografiska gränser arbetande privattandläkarnas lokala organisationer. Dessa båda parter ansvarar för att tillgängliga tekniska och personella resurser fördelas och inriktas på gemensamt uppställda mål.

Det ekonomiska ansvaret måste emellertid anses väga tungt vid avvägningen av vilka totala resurser som bör och kan planeras. Det finns därför anledning att tilldela försäkringsgivaren ett betydande ansvar – icke minst i egenskapen av att vara de försäkrades företrädare. Försäkringskassan bör därför ges skyldighet att upprätta, vidmakthålla och ekonomiskt ansvara för ett "samverkanskansli", varpå parterna kan repliera.

Nyssnämnda gemensamma ansvar bör självfallet avse hela vuxentandvården och därmed inkludera även specialisttandvården. Möjligheter till såväl ersättnings- som nyetablering till förekommande specialisttaxa skall öppnas inom ramen för den gemensamma planeringen.

Liksom f. n. bör landstingskommunernas tandvårdsansvar omfatta dels dem som är bosatta inom landstingskommunen, dels – såvitt angår akuttandvård – dem som tillfälligt vistas i kommunen.

Med bosatta inom landstingskommunen avses samma personkrets som i 12 § folkbokföringsförordningen (1967:198).

Med de bestämningar som ovan skett av ansvarsbegrepp och ansvarsfördelning följer att det ekonomiska ansvaret för barn- och ungdomstandvården alltjämt skall åvila folktandvårdshuvudmännen samt att det ekonomiska ansvaret för vuxentandvården (försäkringsansvaret) skall åvila den allmänna

försäkringen med de egenavgifter som från år till år fastställes av statsmakterna.

7.2 *Organisation*

Folktandvården skall, i enlighet med sitt lagfästa vårdansvar för barn och ungdomar, i egen regi bedriva härför erforderlig verksamhet. Den egna verksamheten skall dock – med hänsyn till den under början av 1980-talet kvardröjande bristen i regional balans i fråga om tandvårdsresurser – anpassas till den totala tillgången på vårdresurser och dessas fördelning inom det enskilda landstingsområdet.

När det gäller vuxentandvården har tidigare konstaterats att vårdansvaret är delat mellan de två vårdgrupperingar som finns, dvs. mellan privattandvården och folktandvården. Dessa två tillsammans med försäkringsgivaren är vuxentandvårdens hörnpelare. Detta bör sätta sin prägel på den framtida organisatoriska uppbyggnaden av såväl vård- som försäkringssida och även prägla förslagen till lösning av vårdupphandlingsproblemen.

7.2.1 Vuxentandvård i folktandvårdens regi

Med den utbyggnad av folktandvården som dels sker enligt 1973 års riksdagsbeslut, dels blir en följd av våra förslag kommer folktandvårdsorganisationen att svara för ca 1/3 av den totala vuxentandvården i landet. Vissa – och i flera fall avsevärda – avvikelser från denna genomsnittsandel för riket kommer att föreligga inom olika landstingsområden. Detta sammanhänger med att i vissa landstingsområden – framför allt i Norrland – folktandvården redan i nuläget svarar för mer än 1/3 av vuxentandvården, medan det i andra inte kan anses rationellt och i överensstämmelse med kravet på ett effektivt utnyttjande av förefintliga resurser att folktandvården byggs ut ytterligare i nämnvärd grad.

Det bör även understrykas, att, om optimal effekt av befintliga vårdresurser skall kunna uppnås, folktandvårdens organisation inte får slås sönder. Förutsättningen för en meningsfull samverkan mellan folktandvården och privattandvården är att folktandvården organisatoriskt hålls samman under egen politisk och administrativ ledning.

7.2.2 Vuxentandvård i privat regi

De skyldigheter eller det ansvar som för närvarande åvilar de privatpraktiserande tandläkarna – och även de offentliganställda – visavi de vuxna patienterna återfinnes i den allmänna tandläkarinstruktionen, § 3 p. 1), och tandvårdstaxan, § 2. Ansvaret innebär skyldighet att ge patient råd och i mån av möjlighet den behandling som patientens tillstånd fordrar.

Detta är i och för sig ett betydande ansvar, som innebär – i vart fall moraliskt – att, såsom ovan redovisats, den privata vårdsektorn tillsammans med folktandvården bär det totala ansvaret för de vuxnas tandvård. Med den förstärkning av målet för all hälso- och sjukvård (inkl. tandvård) som HSU anger markeras ansvaret ytterligare. Detta innebär att de privat verksamma tandläkarna genom det förslag till samverkansavtal som framlägges de facto

tar ett direkt ansvar för ca 2/3 av den vuxentandvård som kan komma att efterfrågas. Angiven andel är som tidigare påpekats att se som ett riksgenomsnitt. I det enskilda landstingsområdet måste man självfallet utgå från föreliggande resurser och täcka in tillkommande behov efter övervägganden i samverkansorganet.

7.2.3 Försäkringsgivarens roll

Försäkringsgivaren har att i sin egenskap av förvaltare av de försäkrades premier ett kostnadsansvar eller såsom tidigare sagts ett ekonomiskt ansvar. Detta innebär att försäkringsgivaren bör tillse att de resurser som tillförs tandvården används effektivt och på ett sätt som tillgodoser de försäkrades krav. Mot denna bakgrund framstår det som naturligt att försäkringsgivaren genom sin länsrepresentation icke blott ekonomiskt ansvarar för att samplanering kan ske utan även direkt blir representerad i det samverkansorgan vari den övergripande planeringen sker.

7.2.4 Samverkansorgan

Samverkansorgan skall finnas i varje landstingsområde. Det skall på sätt som tidigare angivits bestå av representanter för de två vårdgivarna – folktandvården och den privata vårdsektorn – och försäkringsgivaren/försäkringskassan. Samverkansorganet skall delta i den övergripande planeringen av tandvården inom landstingsområdet, dvs. konstatera föreliggande vårdresurser och beräkna tillkommande vårdresursbehov på både kortare och längre sikt. Samverkansorganet skall vidare med beaktande av försäkringstagarnas intressen försöka avväga hur resurserna kan tillgodoföras dessa på bästa sätt. Det skall i förekommande fall ta initiativ till olika former av samverkansavtal mellan folktandvården och privata vårdgivare. Det kan även tänkas utöva viss förmedlingsverksamhet i så måtto att det hjälper människor som saknar tandläkare eller önskar byta tandläkare att få erforderlig hjälp härmed.

Samverkansorganets verksamhet kräver vissa resurser, ekonomiskt och personellt. Det har tidigare föreslagits att lägga visst ansvar härför på den lokala försäkringskassan. Eftersom samverkansorganet i hög grad är verksamt i de försäkrades intresse föreslår vi att samverkansorganets verksamhet finansieras av försäkringsmedel.

Samverkansorganet bör ges en officiell status, exempelvis genom lagstiftarens föreskrift att dess verksamhet bör regleras genom särskild överenskommelse mellan landstingsförbundet och tandläkarförbundet (och ev. försäkringsgivaren). Dess beslut skall vara av rekommendationskaraktär men likväl starkt vägledande för de olika beslutsfattare som är representerade i organet. Med en dylik konstruktion träds varken den politiska demokratin eller näringsfriheten för när.

7.2.4.1 Samverkansavtal

Samverkansorganens arbete måste baseras på frivilliga överenskommelser mellan berörda parter. Vi utgår från att dylika överenskommelser inte skall

vara något problem för involverade parter med tanke på de ovan redovisade positiva erfarenheterna från samrådsverksamheten. I viss mån bör parternas samverkan formaliseras genom att samverkansavtal träffas mellan i första hand landstingen och de privatpraktiserande tandläkarna. Sådana avtal kan träffas på tre nivåer.

1. Centralt samverkansavtal (ramavtal) mellan landstingsförbundet och tandläkarförbundet.
2. Lokala samverkansavtal mellan respektive landsting och de lokala tandläkarföreningarna.
3. Individuella avtal mellan respektive landsting och de enskilda tandläkarna (i förekommande fall med Praktikertjänst AB).

En central överenskommelse bör innehålla bl. a. följande:

1. Regler för det samverkansorgan som skall etableras inom samtliga landstingskommuner.
1.1 Samverkansorganens sammansättning och administrativa resurser.
1.2 Samverkansorganens behörighet (allmänna status) gentemot landsting och andra vårdgivare.
1.3 Samverkansorganens arbetsformer – däri ingående bestämmelser för hur eventuellt uppkommande oenighet i någon fråga bör behandlas och lösas.
1.4 Ersättningen till i organen ingående ledamöter.
2. Allmänna regler eller rekommendationer i fråga om tandvårdsplaners upprättande samt härför lämpliga planeringsperioder.
3. Rekommendationer rörande tandvårdsresursernas allokering och fördelning mellan olika vårdgivarorganisationer.
4. Definitioner av olika begrepp.
5. Allmänna regler eller rekommendationer rörande information och insamlande av för samverkansorganens arbete nödvändiga statistikuppgifter m. m.

Lokala samarbetsavtal bör ha sin grund i det centrala avtalet samt – därutöver innehålla:

1. Av lokala förhållanden betingade preciseringar av det centrala avtalet.
2. Bestämmelser om akuttandvårdens organisation och genomförande, dennas fördelning mellan olika vårdgivare samt i förekommande fall därför utgående ersättning.
3. Riktlinjer för eller bestämmelser om samordning av semesterförläggningen – i syfte att alltid garantera patienterna en möjlighet till akuttandvård.
4. Riktlinjer för tillämpningen av rekommenderade profylaxprogram eller andra vårdprogram, riktande sig till den vuxna befolkningen.
5. Regler för remittering till specialisttandvård etc.
6. Regler för ev. gemensamma insatser för speciella patientgrupper, vilka lokalt kan bedömas som angelägna.
7. Riktlinjer för upprättande av avtal mellan enskilda tandläkare och berört landsting.

8. Avtalets giltighetstid. Tiden bör i princip anknyta till planeringsperiodens längd. Inledningsvis bör dock kanske avtalet anges gälla tills vidare med ett års uppsägning.
   Av avtalstexten bör även framgå att avtalet är ett rekommendationsavtal, i följd varav någon sanktion mot enskild tandläkare inte kan aktualiseras från berört landstings sida. Ifrågavarande tandläkarförening står dock som garant för att dess del av vårdansvaret under normala förhållanden uppfylles.

Individuella avtal skall som grund ha under punkt 7 i lokala samverkansavtal angivna riktlinjer och skall endast avse åtaganden från enskild tandläkare att fullgöra viss del av ett landstings lagfästa vårdansvar eller annan vård, för vilken landstinget i samverkansavtalet åtagit sig att sörja. (Som exempel kan nämnas barn- och ungdomstandvård vid viss skola eller inom viss kommun, tandvård vid någon landstingets institution eller akuttandvård under landstingets organisatoriska ledning.)

Enskilda avtal skall vara *bindande* för båda parter – dock med force majeure-klausul. Avtalen bör vara tidsbestämda men kan också ges tillsvidarekaraktär – i båda fallen med en uppsägningstid av ca tre månader.

7.3 *Finansiering*

Att samhället skall ekonomiskt svara för *tandvården för barn och ungdomar* är en uppfattning varom det råder bred enighet.

När det gäller kostnaderna för *tandvård för vuxna* är utgångspunkten att de skall fördelas mellan patienterna och den försäkring som finansieras medelst arbetsgivaravgifter och statsbidrag. Tandvårdstaxan är i princip uttrycket för försäkringsfinansierad verksamhet. Inom denna ram bör även den framtida vuxentandvården finansieras.

7.3.1 Barn- och ungdomstandvården

Något skäl att förändra tekniken för beräkningen av landstingens ersättning från staten för meddelad barn- och ungdomstandvård synes inte föreligga. Ersättningen bör baseras på markeringen av hälsoinslaget i tandvården och sålunda utbetalas i proportion till antalet fullständigt behandlade barn.

7.3.2 Vuxentandvården

Som tidigare angivits är utgångspunkten för vuxentandvården att denna skall finansieras inom tandvårdstaxans ram. Denna princip bör nu läggas fast. Det har samtidigt klarlagts att vissa av landstingens kostnader för vuxentandvården är beroende av faktorer som är av organisatorisk och administrativ art. Dessa kostnader, som utgör en del av den avläsbara skillnaden mellan folktandvårdens vuxentandvårdskostnader och privattandvårdens, måste även framgent täckas särskilt. Härför erforderliga medel bör tagas ur landstingsskattemedel utan möjlighet att senare täckas av försäkringen. Förekommande kostnader i övrigt skall täckas genom en anpassning av

tandvårdstaxans ersättningsnivå till dessa. Denna totalnivå skall fastställas vid gemensamma överläggningar mellan berörda parter (landsting/landstingsförbundet och de privata vårdgivarna/tandläkarförbundet, å ena, och försäkringsgivaren/RFV å den andra sidan.

7.3.3 Överläggningsordningen

Mot bakgrund av våra överväganden under 6.5.3 föreslår vi att en särskild taxerevisionsgrupp inrättas som ett led i riksförsäkringsverkets arbete med tandvårdstaxan. Gruppen bör sammansättas av lika många representanter från vardera försäkringsgivaren och vårdgivarna.

Gruppen bör på sätt nu sker i den s. k. taxegruppen under tandvårdsdelegationen framtaga gemensamt basmaterial för taxerevisionsförhandlingarna. Vardera sidan skall också äga rätt att för gruppen framlägga det material och de synpunkter och värderingar i övrigt som anses böra utgöra grund för gruppens ställningstaganden.

Gruppens arbete leds av en opartisk ordförande som besitter goda ekonomiska kunskaper och har lång erfarenhet av företagsverksamhet. Denne utses av regeringen på förslag av parterna för en bestämd period.

Vid oenighet mellan parterna rörande innehållet i taxerevisionsförslaget skall ordföranden äga utslagsröst, alternativt äga rätt att med beaktande av parternas synpunkter formulera ett eget slutgiltigt förslag.

Det slutliga taxerevisionsförslaget skall för fastställande underställas regeringen.

7.4 *Tandvårdsresursernas tillgänglighet*

Målet för vårdgivarna inom tandvårdsområdet har angivits vara att främja en god tandhälsa hos befolkningen och att göra god tandvård tillgänglig för alla medborgare på lika villkor. Genom den snabba tillväxt av tandvårdsresurser som sker och med tillämpning av principen om solidarisk tandläkarförsörjning bör nyssnämnda mål kunna uppnås om några få år.

7.4.1 Regional fördelning av tandvårdsresurser

Inom varje landstingsområde genomföres under samverkansorganets ledning (se avsnitt 7.2.4) en kartläggning av befintliga resurser inom såväl allmän- som specialisttandvården, deras fördelning över landstingsområdet och mellan privat tandvård och folktandvård samt en analys av erforderliga resurser för beräknat behov. Utgångspunkter för detta arbete skall vara:

- tillgänglig befolkningsstatistik
- tillgänglig epidemiologisk statistik
- möjligheten att utnyttja övriga personalgrupper inom tandvården, samt
- *att* tandvården för barn och ungdom säkras.

Det slutliga resultatet av denna kartläggning och analys bör bli en vårdresursplan för landstingsområdet, som anger såväl det kortsiktiga som det mera långsiktiga resursbehovet. Det kan i detta planeringsarbete vara

nödvändigt att bryta ner planeringen till kommun – respektive kommundelsnivå. Nödvändigheten av sådan nedbrytning prövas dock från landstingsområde till landstingsområde. Någon anledning att särskilt i lag reglera denna del av det totala planeringsarbetet finner vi inte föreligga.

Planeringsarbetet bör som slutresultat få en tandvårdsplan för varje landstingskommun, vilken omfattar såväl folktandvården som de privatpraktiserande tandläkarna.

Tandvårdsplanen bör kunna fungera som styrinstrument för en mer rättvis fördelning av resurserna inom landstingsområdet. Ansvaret härför bör ligga på föreslaget samverkansorgan. (Se 7.2.4).

Allt eftersom tandvårdsresurserna ökar bör alla vuxna kunna erbjudas tandvård i en mera organiserad form. Avsikten härmed är att, i enlighet med tandvårdens övergripande målsättning, på sikt alla vuxna skall kunna få den regelbundna tandvård de behöver.

Det bör ankomma på landstingen och de privata tandläkarnas lokala föreningar att i samverkansavtal överenskomma om uppläggning av det planeringsunderlag som behövs.

Som tidigare konstaterats bör tandläkarna stimuleras att söka sig till vårdresurssvaga områden. För tandläkare inom folktandvården kan stimulansen ha formen av olika kollektivavtalsmässiga förmåner såsom på visst sätt förhöjd lön, särskilt tillägg vid beräkning av tjänsteår, särskilda förmåner vid efterutbildning etc. För privattandläkarna kan stimulerande effekter sannolikt uppnås genom etableringslån på fördelaktiga villkor eller särskilt etableringsstöd. Med dylika förmåner bör kunna förenas villkoret att vederbörande tandläkare skall vara verksam inom området/på etableringsorten under ett visst minsta antal år.

7.4.2 Solidarisk tandläkarförsörjning

Stimulansåtgärderna för de resurssvaga områdena utgör en del av de åtgärder som måste vidtagas för att öka tandvårdens tillgänglighet. Dessa åtgärder bör, för att en solidarisk tandläkarförsörjning skall kunna garanteras, kombineras med vissa samhälleliga styråtgärder. En grundförutsättning härför är dock, att ersättningsetableringsrätten är helt fri, dvs. utan bindning till viss ort, inom den privata tandvårdssektorn samt att uppkommande vakanser i folktandvården ersätts. Mot denna bakgrund bör det vara möjligt att under en övergångsperiod föreskriva att nyetableringar inom privattandvårdssektorn endast får ske inom områden som av samverkansorganen betecknas som tandvårdsglesa områden, vilket ger till resultat nyetableringsstopp inom redan resursstarka områden, exempelvis storstads*kommunerna* utan att för den skull förhindra varje nyetablering inom storstads*regionerna*.

Med hänsyn till att tidsperioden för ovan angivna begränsningar beräknas omfatta endast några få år och då det sedan 1975 inom riksförsäkringsverket skapats en betydande erfarenhetsbank i dessa frågor, finner vi ingen anledning föreslå att kontrollen av eventuella begränsningsregler överföres till annan myndighet, utan bör denna uppgift ligga kvar hos riksförsäkringsverket. Vi anser dock inte att det skall åligga verket att fatta beslutet om etableringskontrollens eventuella införande. Detta är enligt vårt förmenande

en klar politisk fråga och beslutet bör därför fattas av politiker. Vi föreslår därför att det skall ankomma på regeringen att pröva frågan om en etableringskontroll skall introduceras på nytt. Med vårt förslag anknyter vi dessutom till den princip som fastlades av regeringen vid framläggandet av proposition 1976/77:44 om ändring i lagen om allmän försäkring i vad avsåg taxebindning för sjukgymnastisk behandling m. m.

7.4.3 Akuttandvård

Akuttandvården är ett samarbets- och planeringsproblem, som bör ligga väl till för samverkansorganet. Även om jourverksamhet finns organiserad på ett tillfredsställande sätt över hela landet när det gäller samverkan mellan folktandvård och privattandvård, finns det säkerligen på åtskilliga håll skäl till förbättringar – i patientens intresse.

Vad nu sagts gäller även för tandvårdens upprätthållande under sommartid. Vissa kommuner mister under semesterperioden en betydande del av sin fasta befolkning; andra orter överbefolkas under samma tid. Effekterna för akuttandvårdens del av dessa semesterbetingade befolkningsomflyttningar bör studeras noggrant så att uppkommande akuta patientproblem kan hanteras. Samverksorganen bör sköta även denna planeringsfråga och detta i samarbete över landstingsgränserna.

7.4.4 Revisionstandvård

Att ha sin "egen" tandläkare är många patienters önskemål och det ligger väl i linje med samhällets strävanden att ge patienterna trygghet och kontinuitet i vården. Vid den tidpunkt som angivits under 7.4 då balans uppnåtts mellan tandvårdsefterfrågan och tandvårdsresurser bör vuxentandvården ges en organiserad utformning, som i stort överensstämmer med vad som gäller f. n. inom barn- och ungdomstandvården.

7.4.5 Specialisttandvård

Specialistbehovet varierar mellan olika specialiteter. Inom t. ex. ortodonti, parodontologi och den blivande specialiteten oral protetik är det mycket stort. Vårdutbudet riktar sig till såväl barn och ungdomar som den vuxna befolkningen.

Nuvarande regler om ansvaret för specialisttandvården bör därför ändras. Det synes oss vara en fördel för alla parter om specialisttandvården kunde läggas under samma gemensamma ansvar som allmäntandvården; dock med undantag för specialiteten pedodonti, som bör hänföras till det lagfärsta vårdåliggandet för barn- och ungdomstandvården.

Med en privat allmäntandvård som även framgent skall svara för ca 2/3 av den svenska vuxentandvården synes det för övriga specialiteter inte föreligga några bärande skäl för att undantaga specialisttandvården från privat etablering. Inom denna skall sålunda för framtiden såväl ersättningsetablering som nyetablering kunna äga rum.

Samverkansorganet skall på samma sätt som skisserats för allmäntandvården ha hand om den övergripande planeringen av specialisttandvården inom

landstinget och även medverka till att samarbetsavtal mellan privat och offentlig sektor såväl som mellan skilda huvudmän kommer till stånd, där detta framstår som den rationella lösningen. Med hänsyn till den faktiska omkostnadssituationen inom specialisttandvården saknas skäl för att landstingen enbart skall erhålla ersättning enligt tandvårdstaxan, avd. A. Huvudprincipen om försäkringsgivarens kostnadsansvar för vuxentandvården leder oss fram till slutsatsen att även folktandvården skall äga tillämpa taxa C. Varje annan princip måste anses stå i strid med kravet på vård till lika villkor.

7.4.6 Särskilda vårdområden och -grupper

7.4.6.1 Förebyggande tandvård

De två dominerande tandsjukdomarna karies och parodontit (tandröta och tandlossning) kan i stor utsträckning förebyggas. Vi har tidigare redovisat utvärderingar av den tandhälsovård som i dag ges inom ramen för den organiserade barn- och ungdomstandvården. Effekterna på tandhälsan är enligt dessa utvärderingar avsevärda och innebär betydande hälsomässiga och samhällsekonomiska vinster.

Vi har också redogjort för genomförda och pågående försök med tandhälsovård till vuxna och visar att dessa entydigt pekar på att konsekventa satsningar på profylax leder till ökad tandhälsa hos befolkningen. Forskningen har också visat att enbart reparativ tandvård inte är en framkomlig väg till målet tandhälsa.

Mot denna bakgrund har vi föreslagit följande målsättning för den förebyggande tandvården i framtiden.

För att inom ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme inrikta tandvårdsresurserna mot målet tandhälsa hos hela befolkningen bör tandvårdsresurserna fördelas så att förebyggande tandvård kan erbjudas alla vuxna.

De förebyggande åtgärderna kan till stor del utföras av individen själv. Vi anser att patienterna bör stimuleras att ta ett eget ansvar för sin tandhälsa. Från tandvårdspersonalens sida krävs att den kan motivera patienten till detta och undervisa i tandhälsovård på ett lämpligt sätt. Det är angeläget att tandvårdspersonalens uppgifter härvidlag beaktas vid utbildning av personalen.

Tandvårdstaxans utformning är av stor betydelse för såväl tandvårdsefterfrågan och tandvårdsutbud som kvaliteten på tandvården. Konstruktionen som sådan kan stimulera till den övergång till en mera orsaksinriktad vård som eftersträvas, rätt nivå på taxan skapar förutsättningar för vårdgivarna att följa med i personalutvecklingen och skapar därmed garantier för bibehållen hög kvalitet. Vi återkommer till dessa frågor i vårt kommande betänkande rörande tandvårdstaxan.

De ungdomar som vid 20 års ålder lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården har som regel en mycket god tandhälsa. För att denna skall kunna bibehållas genom åren bör de även i fortsättningen erbjudas regelbunden tandvård. Flera landsting har prövat kallelsesystem för dessa ungdomar. Genom samarbete med den lokala tandläkarföreningen sker en

fördelning av ungdomarna på folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna. Vi anser att en sådan fortsatt organiserad vård bör komma till stånd i vidgad utsträckning.

Som arbetsgruppen för profylax beskrivit i sin rapport (se bilaga 6) har vissa större företag utökat sin företagshälsovård till att även omfatta viss tandvård, huvudsakligen förebyggande vård. Detta kan vara ett sätt att nå ut med förebyggande tandvård till grupper som själva inte skulle efterfråga sådan.

Sådana företag redovisar ett förbättrat tandhälsotillstånd hos de anställda. Vi anser det därför motiverat med utökad försöksverksamhet med företagstandhälsovård. Medverkan från tandläkare kan vid sådan försöksverksamhet lämnas från såväl folktandvårdstandläkare som privata tandläkare.

7.4.6.2 Tandvården för äldre

Det finns ungefär 1,8 miljoner pensionärer i landet. Endast ett mindre antal av dessa går regelbundet till tandläkare.

Vi anser att de äldres behov av tandvård bör uppmärksammas och tillgodoses. I första hand bör en kartläggning göras av deras tandvårdsbehov. Detta bör lämpligen ske genom socialstyrelsens försorg.

Uppsökande verksamhet bör därefter enligt vår mening bedrivas i nära samverkan med äldrevården inom kommunerna.

7.4.6.3 Institutionstandvården

Landstingen har redan ett ansvar för att de patienter som är intagna för vård på landstingens institutioner vid behov även får tandvård.

För patienter intagna för akutvård aktualiseras tandvård ytterst sällan. Inom den somatiska och psykiatriska långvården är däremot behovet av tandvård stort. Problemen är mångskiftande och kräver ofta individuella lösningar.

Ett tiotal landsting har organiserat institutionstandvården som en särskild vårdgren inom folktandvården och ungefär lika många planerar en sådan lösning. Många vårdinstitutioner har egen tandklinik. Med hänsyn till att institutionstandvården erbjuder särskilda problem och till det angelägna i att de intagna får tandvård föreslår vi att landstingen ges ett lagfäst tandvårdsansvar för alla dem som är intagna på landstingens vårdinstitutioner.

Tandvården som sådan kan tillhandahållas antingen inom folktandvårdens ram eller genom avtal med privatpraktiserande tandläkare.

Även vid enskilda vårdhem föreligger ett tandvårdsbehov. Landstingen betalar vårdavgifter för flertalet patienter på dessa vårdhem. Vi utgår från att dessa patienters tandvårdsproblem kan lösas av de samverkansorgan som ovan skisserats och som har att sörja för att föreliggande tandvårdsefterfrågan tillgodoses.

7.4.6.4 Tandvården vid kriminalvårdsanstalterna

Enligt kriminalvårdsverkets föreskrifter har varje intagen på kriminalvårdsanstalt rätt att erhålla akuttandvård om sådant behov anmäls. Komplette-

rande tandvård ges i den mån verkställighetstidens längd gör detta möjligt. Internerna har ofta ett mycket stort behov av tandvård. Från rehabiliteringssynpunkt är det av stor betydelse att de får sitt tandvårdsbehov tillgodosett. Tandvården meddelas i första hand vid klinik på anstalten av särskilt anlitad tandläkare och i andra hand vid mottagning utanför anstalten. Kriminalvårdsverket har uppgivit, att det har stora svårigheter att rekrytera tandläkare till sin anstaltstandvård p. g. a. den stora hepatitsmittorisken.

Det är vår uppfattning att ansvaret för att internerna får tandvård skall ligga kvar hos kriminalvårdsverket. Tandvårdsefterfrågan från anstalt skall i aktuellt landstingsområde beaktas och om möjligt även tillgodoses. Ansvaret härför vilar på samverkansorganet. Det är vår övertygelse att detta organ även i merparten fall kan medverka till lösningar av anstaltstandvården. Det ankommer dock på kriminalvårdsverket att träffa erforderliga enskilda avtal för tandvårdsverksamheten vid anstalterna. Med hänsyn till bl. a. den stora smittorisken bör kriminalvårdsverket medges rätt att – oberoende av bestämmelsen om tandvårdstaxans karaktär av maximitaxa – teckna sådant avtal om vård och ekonomiska ersättningar härför, att ersättningarna även täcker den ökade risken och möjliggör för vederbörande tandläkare att teckna erforderliga försäkringar. Dylika avtal skall särskilt registreras hos berörda försäkringskassor.

7.5.1 Patientens egenansvar

Kvaliteten i tandvården stärks genom att patientens kunskaper om sin tandvårdssituation och om hur han kan påverka denna ökar. Inriktningen mot mera förebyggande vård – utförd av patient och tandvårdspersonal i samverkan – måste förstärkas. Detta kan ske bl. a. genom kraftfulla informationsinsatser från socialstyrelsens sida.

7.5.2 Efterutbildning och utveckling

En väl planerad och organiserad efterutbildning för vårdpersonal bör verksamt bidra till höjd kvalitet och förbättrade vårdresultat. Det är väsentligt att resurser för efterutbildning finns inom såväl den offentliga som den privata sektorn.

Det är i sig en självklarhet att tandvårdsförsäkringen skall medverka till tandvårdsteamets möjligheter att upprätthålla och utveckla sina kunskaper och därmed åstadkomma en hög kvalitet i svensk tandvård.

7.6 *Utbildningsdimensionering*

Vi har i fråga om den framtida utbildningsdimensioneringen avgivit yttrande över socialstyrelsens reviderade bedömningar av den långsiktiga tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal [TPU(r)]. Vi har därvid ansett att antalet utbildningsplatser vid de odontologiska fakulteterna omgående bör minskas till storleksordningen 350–400 platser per år.

Hur denna nedskärning skall effektueras har vi inte tagit ställning till, eftersom vi anser att detta ligger utanför vårt uppdrag. Vi har dock funnit anledning uttala, att vid bedömningen av frågan om hur nedskärningen skall

ske man bör beakta dels behovet av tandläkare i regioner som f. n. har mindre tandläkartäthet än andra, dels ock den odontologiska forskningens situation. Det är enligt vår uppfattning viktigt för tandvårdens utveckling att forskningen ges ett brett verksamhetsfält så att dess roll som motor i utbildningen vidmakthålles. En garanti härför är att nuvarande fyra fakulteter bibehålles, vilket låter sig väl göra inom ovan förordade planeringstal.

Vid ett slutligt ställningstagande till antalet utbildningsplatser för tandläkare bör uppmärksamhet även fästas vid dimensioneringen av övrig tandvårdspersonals utbildning, så att önskvärd arbetsmarknadsbalans mellan de olika grupperna åstadkommes.

7.7 *Ekonomiska konsekvenser*

Vi har tidigare framhållit vikten av att kostnadsutvecklingen inom tandvården begränsas.

Våra i detta kapitel framlagda förslag har enligt vårt förmenade bidragit härtill, eftersom vi i HSU:s anda försökt optimera effekterna av de resurser som automatiskt – p. g. a. tidigare fattade utbildningsdimensioneringsbeslut – tillföres tandvårdsområdet under större delen av 1980-talet. Några direkt kostnadshöjande förändringar i tandvårdens framtida struktur och arbetsområde har icke föreslagits av oss.

7.8 *Lagstiftningsåtgärder*

Vi har i avsnitt 6.8 kort diskuterat innebörden för tandvårdens del av HSU:s förslag rörande behörighets- och tillsättningsreglerna för vissa tjänster inom hälso- och sjukvården. Vi har därvid funnit att HSU:s förslag avseende behörighetsreglerna för tandvårdsområdet är alltför ofullständiga samt konstaterat att den kommitté som har till uppdrag att överse behörighetsreglerna m. m. inom hela hälso- och sjukvårdsområdet ännu inte slutfört sitt arbete. Vi har därefter övervägt hur en eventuellt ny tandvårdslagstiftning borde utformas.

Det är vår uppfattning, att hela hälso- och sjukvården bör täckas av en enda lag, och att tandvården därvidlag skall inrangeras under lagen. En förutsättning härför är dock att behörighetsreglerna och tillsättningsbestämmelserna funnit sin lösning även vad gäller tandvårdens område.

Skulle tandvårdens inordnande under HSL härigenom i någon mån fördröjas, uppkommer för tandvårdens del knappast några problem. De av oss framställda förslagen synes kunna få sin lagreglering inom ramen för nuvarande folktandvårdslagstiftning med smärre ändringar. Genom att välja denna teknik kan ävenledes folktandvårdskungörelsen vidmakthållas, vilket – i avvaktan på en sammanhållen behörighetslagstiftning för hela hälso- och sjukvården – övergångsmässigt löser våra ovan påtalade problem.

Våra förslag till lagstiftningsåtgärder bilägges.

Bilaga C

Förslag till
Lag om ändring i folktandvårdslagen (1973:457)

I folktandvårdslagen skall §§ 2, 3 och 4 erhålla ändrad lydelse på sätt framgår nedan.

Övergångsbestämmelserna till folktandvårdslagen punkterna 2–4 upphäves härmed. Samtidigt ändras punkterna 1. och 5. på sätt som framgår nedan.

§ 2

Landstingskommun skall . . . . . i särskild ordning.

Barn och ungdomar som sägs i första stycket skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling, *vari även ingår erforderlig specialisttandvård.* De skall också . . . . . avgiftsfri för patienten.

§ 3

Landstingskommun skall svara för tandvård åt patienter vid av landstingen drivna vårdinrättningar.

Landstingskommun skall, utöver vad i första stycket sägs, svara för tandvård åt inom landstingskommunen bosatta vuxna som på grund av handikapp har särskilda svårigheter att få tandvård.

§ 4

Landstingskommun skall i övrigt tillhandahålla tandvård *inklusive specialisttandvård* för vuxna i lämplig omfattning.

1. Denna lag . . . . 198.
2. –
3. –
4. –
5. Landstingskommun skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård.

   Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstingskommun.

   I planeringen och utvecklingen av tandvården skall landstingskommun samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Bilaga D

1. Förslag till
Ändring i lagen om allmän försäkring

I 2 kap. 3 § utgår de sista två meningarna i andra stycket.

2. Förslag till
Ändringar i övergångsbestämmelser till lagen 1973:456 om ändringar i bl. a. 2 kap. 3 § AFL

2. Utgår

---

7. Tandläkare som vid utgången av år 1982 är uppförd på förteckning som avses i 2 kap. 3 § första stycket kvarstår utan särskild anmälan på förteckningen även efter denna tidpunkt.

   Har tandläkare blivit uppförd på förteckningen för viss tid, äger han ej kvarstå sedan tiden gått till ända.

8. Tandläkare som efter utgången av 1982 avser att påbörja verksamhet i enskild tandvård . . . . . eller senare.

   Tandläkare som har anställning . . . . . verksam i enskild tandvård.

9. Om regeringen finner anledning antaga att regionala krav om bättre tandvårdsresurser ej kan bli tillgodosedda, äger regeringen för ett år i taget och längst till utgången av år 1985 i den utsträckning som bedömes erforderlig föreskriva, att sådan anmälan av tandläkare enligt punkt 8, som avser etablering av ny verksamhet, skall särskilt prövas.

   Regeringen äger bemyndiga RFV att utfärda de ytterligare föreskrifter som erfordras för i första stycket avsedd prövning.

12. Talan mot . . . . . besvär *hos regeringen.*

Bilaga 1 Direktiv

Översyn av tandvårdsförsäkringen m.m.

Dir 1977:133

Beslut vid regeringssammanträde 1977–12–22

Departementschefen, statsrådet Rune Gustavsson, anför efter samråd med statsrådet Troedsson.

1974 års tandvårdsreform

1974 års tandvårdsreform har haft en genomgripande betydelse för tandvården i vårt land. Reformen bestod av två komponenter. Den ena var att statsmakterna lade fast ett utbyggnadsprogram för folktandvården, samtidigt som landstingskommunerna fick ett lagfäst vårdansvar för barn- och ungdomstandvården och för all specialisttandvård. Den andra komponenten var en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna.

Utbyggnadsprogrammet innebär att folktandvården skall byggas ut i sådan omfattning att den kan erbjuda en avgiftsfri organiserad tandvård till samtliga barn och ungdomar i åldrarna t.o.m. 19 år. I första hand bör utbyggnaden tillgodose tandvården för åldersgrupperna 6–16 år och därnäst den organiserade tandvården för barn före skolåldern. Målsättningen är att folktandvården skall tillföras sådana vårdresurser att utbyggnadsprogrammet för barn- och ungdomstandvården kan fullföljas under 1970-talet. När programmet fastställdes, förutsattes det vidare att en samtidig utbyggnad av vuxentandvården skall planeras av huvudmännen. Det angavs att folktandvårdens vuxentandvård skall byggas ut till att i första hand omfatta 30–35 % av vuxentandvården i landet. Det uttalades också att huvuddelen av specialisttandvården även i fråga om vuxentandvården bör utföras inom folktandvården för att resurserna bäst skall utnyttjas.

I en ny folktandvårdslag gavs landstingskommunerna vårdansvaret för alla barn och ungdomar i åldrarna t.o.m. 19 år och för specialisttandvården. För barnen skall tandvården vara avgiftsfri genom folktandvårdens försorg. För barn upp till fem år och ungdom fr.o.m. 17 år gäller tills vidare undantag från skyldighet att erbjuda organiserad vård. Dispens kan ges från skyldigheten att svara för viss specialisttandvård för vuxna.

De ekonomiska förutsättningarna för folktandvårdens utbyggnad garanteras genom ersättningar från den allmänna försäkringen. Ytterligare

åtgärder för att stärka folktandvårdens utbyggnad beslutades också i samband med reformen.

Den allmänna tandvårdsförsäkringen omfattar alla försäkrade fr.o.m. det år då de fyller 20 år – i ett inledningsskede också 17–19 år i de flesta landsting. Försäkringen avser alla former av tandvård, inbegripet förebyggande vård, inom såväl folktandvården som hos privatpraktiserande tandläkare som är anslutna till försäkringen genom att vara uppförda på förteckningar hos försäkringskassorna. Tandläkarna är i sin taxesättning skyldiga att hålla sig inom de belopp som anges i en tandvårdstaxa. Denna fastställs av regeringen efter förslag från riksförsäkringsverket.

Av beloppen i tandvårdstaxan betalar patienten och försäkringen i regel hälften vardera. Patienten betalar sin avgift till tandläkaren. Försäkringsersättningen betalas av försäkringskassan direkt till den privatpraktiserande tandläkaren eller till folktandvården. Om arvodena under en behandlingsomgång överstiger f.n. 1 000 kr., betalar försäkringskassan 75 % av överskjutande belopp och patienten 25 %. Samma fördelning av arvodet gäller också vid viss förebyggande vård och vid behandling med vissa proteser. När kostnaderna för vård hos privatpraktiserande tandläkare under en behandlingsomgång överstiger en viss gräns, f.n. 3 000 kr., skall tandläkarens behandlingsförslag underkastas förhandsprövning av försäkringskassan. Kassan biträds därvid av en särskild förtroendetandläkare.

När tandvårdsförsäkringen beslutades, infördes som en övergångsanordning en särskild regel som har till syfte att säkerställa folktandvårdens behov av tandläkare. Enligt denna s.k. etableringsregel får riksförsäkringsverket – f.n. till utgången av år 1979 – i den utsträckning som behövs föreskriva att nya privatpraktiserande tandläkare inte skall föras upp på förteckning hos försäkringskassa.

Riksförsäkringsverket fullgör omfattande uppgifter när det gäller att följa upp tandvårdsförsäkringen i olika avseenden. En skärskild tandvårdsdelegation har knutits till riksförsäkringsverket för att bereda frågor som gäller tandvårdsförsäkringen. I delegationen ingår bl.a. företrädare för socialstyrelsen, folktandvårdens huvudmän och för tandläkarnas och tandteknikernas organisationer.

Erfarenheterna av tandvårdsreformen

En av avsikterna med tandvårdsreformen var att öka möjligheterna till tandvård för dem som tidigare inte hade ansett sig ha råd att gå till tandläkaren. Det var därför väntat att efterfrågan på tandvård skulle stiga när reformen genomfördes. Det ansågs emellertid att efterfrågeökningen skulle kunna mötas genom att det fanns viss ledig vårdkapacitet, främst hos de privatpraktiserande tandläkarna. Efterfrågan på tandvård kom emellertid att öka kraftigare än väntat. Bl.a. gjorde tandvårdsförsäkringen det möjligt för dem som redan var patienter hos en tandläkare att efterfråga mer omfattande tandvård än tidigare. Behandlingarna kom därigenom att ta förhållandevis mer tandläkartid i anspråk än före försäkringen.

Väntetiderna hos tandläkarna växte. Den 1 januari 1976 infördes på försök ett särskilt system för att underlätta för nya patienter att komma till tandläkare. Systemet bygger på ett frivilligt åtagande från Sveriges tandlä-

karförbunds sida. Trots att Sverige har större tandläkartäthet än kanske något annat land har emellertid köerna av nya patienter som önskar besöka tandläkare förblivit långa i vissa delar av landet. Det införda systemet är f.n. under utredning inom socialstyrelsen. Rapport från en arbetsgrupp inom styrelsen väntas inom kort bli avlämnad till riksförsäkringsverket och kommer därefter att prövas av verket efter hörande av tandvårdsdelegationen.

En annan effekt av att tandvårdsförsäkringen infördes var en viss övergång av tandläkare från folktandvården till privatpraktik. Detta bedömdes medföra risk för att det fastställda målet för utbyggnaden av folktandvården skulle äventyras. En förutsättning för att målet skulle nås var nämligen att nettotillskottet av nya tandläkare skulle tillföras folktandvården. I vissa delar av landet, särskilt de mindre tätbefolkade, där folktandvården svarade för den huvudsakliga vården innebar denna övergång att möjligheterna att erhålla tandvård minskade.

Detta medförde att riksförsäkringsverket under mitten av år 1974 – på begäran av landstingsförbundet och socialstyrelsen – fann det nödvändigt att tillämpa etableringsregeln för att begränsa möjligheterna för nya tandläkare att ansluta sig till försäkringen som privatpraktiker. De föreskrifter som riksförsäkringsverket har utfärdat innebär fr.o.m. år 1975 i huvudsak att nya tandläkare endast förs upp på förteckning hos försäkringskassa när det gäller att ersätta en tidigare ansluten privatpraktiker. F.n. gäller att riksförsäkringsverket årligen skall ompröva etableringsregelns tillämpning. Sedan år 1975 har vidare socialstyrelsen regeringens uppdrag att meddela föreskrifter om fördelning av nya tjänster för tandläkare hos landstingskommun och kommun. Uppdraget gäller f.n. t.o.m. utgången av år 1978.

Riksförsäkringsverkets tandvårdsdelegation har inrättat en observationsgrupp för att följa tandläkarsituationen inom folktandvården m.m., den s.k. OBS-gruppen. Av rapport nr 10 från OBS-gruppen, som har remissbehandlats men som riksförsäkringsverket ännu inte har tagit ställning till, framgår att antalet tandläkartimmar i folktandvården har blivit lägre än vad man räknade med när tandvårdsförsäkringen beslutades. Däremot har antalet timmar i privatpraktik överträffat prognoserna. Som orsak till detta anges i rapporten bl.a. dels övergången av tandläkare från folktandvård till privatpraktik vid tandvårdsförsäkringens genomförande, dels att utvecklingen inom folktandvården har gått mot en successivt lägre sysselsättningsgrad, dels att de privatpraktiserande tandläkarna har utökat sin arbetstid i inte obetydlig grad. Även när det gäller specialisttandvården inom folktandvården har man observerat ett lägre antal vårdtimmar än som hade förutspåtts. OBS-gruppen anser att gjorda beräkningar visar att folktandvårdens behov av tandläkartimmar inte kommer att täckas före år 1980. OBS-gruppens rapport och remissyttrandena kommer att bedömas av riksförsäkringsverkets styrelse i samband med den omprövning av etableringsregelns tillämpning som kommer att göras i början av år 1978.

Sedan år 1975 arbetar inom socialstyrelsen en särskild tandvårdspersonalsutredning för att utreda den långsiktiga efterfrågan på tandvårdspersonal. Utredningen har i en rapport, (Ds S 1976:10) Tillgångsprognoser för tandvårdspersonal, lagt fram prognoser över tillgången på tandvårdspersonal fram till år 2 000. Prognoserna gäller under förutsättning av bl.a.

oförändrad utbildningskapacitet för de olika yrkesgrupperna. En diskussionspromemoria om planering för framtidens tandvård har nyligen sänts ut på remiss av utredningen. Utredningen planerar att senare göra prognoser över efterfrågan på tandvård och pröva alternativ till nuvarande arbetsfördelning melan olika personalkategorier inom tandvården.

Riksförsäkringsverket har till uppgift att i samråd med socialstyrelsen och med biträde av tandvårdsdelegationen noggrant följa utvecklingen i fråga om försäkringen och dess effekter på tandvården i allmänhet, på vårdefterfrågan och på tandtillståndet hos olika befolkningsgrupper och därvid föreslå de justeringar och kompletteringar i systemet som verket kan finna påkallade. En omfattande uppföljning har också kommit till stånd. I anslutning till varje förslag från verket till regeringen om prolongering eller revidering av arvodena i tandvårdstaxan har verket redovisat erfarenheterna av försäkringen i olika avseenden. Efter ett särskilt uppdrag från regeringen har verket dessutom år 1975 lämnat en samlad redogörelse för erfarenheterna dittills av försäkringen. Dessa har redovisats för riksdagen i prop. 1975/76:44. En särskild taxegrupp, som tillsattes av tandvårdsdelegationen, har undersökt tandvårdsförsäkringens utfall från ekonomiska och odontologiska synpunkter. Den s.k. EST-gruppen har på verkets uppdrag gjort en utredning om ett eventuellt nytt ersättningssystem. Gruppens rapport har remissbehandlats.

Socialstyrelsen har år 1975 fått regeringens uppdrag att utreda frågan om ersättningsnivån för arbeten som utförs vid de privata tandtekniska laboratorierna och att därvid överväga en närmare anknytning av sådana laboratorier till landstingens motsvarande verksamhet inom folktandvården. Utredningen avser också att utreda kostnadsnivån för "rationellt skötta företag". Utredningsarbetet beräknas pågå under hela år 1978.

Tandvårdsförsäkringen och situationen inom tandvården har alltsedan reformen genomfördes diskuterats i olika sammanhang bl.a. i riksdagen. Till de frågor som har behandlats hör väntetiderna inom tandvården och möjligheterna för i synnerhet nya patienter att få tandläkarvård, folktandvårdens situation och effekterna av den begränsning av anslutningen till försäkringen som har införts för privatpraktiserande tandläkare. Andra frågor som har tagits upp har gällt barnens tillhörighet till tandvårdsförsäkringen och den delvis omfattande administration och blanketthantering som särskilt de privatpraktiserande tandläkarna har funnit allför stor och tidskrävande. Riksdagsrevisorerna har efter en granskning av tandvårdsreformen år 1976 föreslagit vissa ändrade regler inom tandvårdsförsäkringen med syfte att förenkla de administrativa rutinerna.

I regeringsförklaringen den 8 oktober 1976 uttalas att tandvårdsförsäkringens regler om etableringskontroll skall ses över och försäkringen utvidgas till att omfatta även barn och ungdom.

Översyn av tandvårdsförsäkringen m.m.

Mot bakgrund av det anförda anser jag att en parlamentarisk kommitté bör tillsättas för att göra en översyn av tandvårdsförsäkringen m.m.

En utgångspunkt för kommitténs arbete bör vara att undersöka i vilken utsträckning de mål för utbyggnaden av folktandvården till år 1980 som

beslutades i samband med 1974 års tandvårdsreform kommer att kunna nås. Kommittén bör göra en översyn av det nuvarande utbyggnadsprogrammet. Översynen bör ske med ledning av material från socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning rörande tillgång och efterfrågan på resurser inom folktandvården och prognoser för utvecklingen under 1980-talet. Kommittén bör också utnyttja det material som kommer att tas fram inom riksförsäkringsverket på grundval av rapporten från tandvårdsdelegationens OBS-grupp. Översynen bör sikta till att ange hur utbyggnadsprogrammet för den organiserade barn- och ungdomstandvården skall fullföljas efter år 1979. Kommittén bör samtidigt överväga det fastställda målet att bygga ut folktandvårdens vuxentandvård så att den omfattar 30–35 % av vuxentandvården i landet. Detta bör göras mot bakgrund av en bedömning av vad som från arbetsmässiga synpunkter utgör en lämplig andel vuxentandvård inom folktandvården. Också bedömningen av den sammanlagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik kan här ha betydelse. Kommittén bör ange vilka resurser som krävs och inom vilken tid det är realistiskt att klara det uppställda målet för folktandvårdens vuxentandvård. Arbetet bör bedrivas i nära kontakt med tandvårdspersonalsutredningen.

Det är angeläget att framhålla folktandvårdens stora betydelse för barnens och ungdomarnas tandvård. Den organiserade tandvården under barnens och ungdomarnas uppväxtår spelar en avgörande roll för att främja en god tandhälsa senare i livet. När det gäller tandvården för vuxna – där folktandvården f.n. svarar för mindre än 20 % – är folktandvården inte sällan den enda garanten för att tandvårdsresurser också står till buds i glesbygder och andra delar av landet där de privatpraktiserande tandläkarnas antal är lågt. Folktandvården har vidare en särskilt viktig roll när det gäller möjligheterna att bereda tandvård åt personer med olika slag av handikapp.

Sammanställningar som har gjorts av tandvårdspersonalutredningen visar att tillgången på tandvårdsresurser är mycket ojämnt fördelad i landet. Antalet tandläkartimmar per vuxen person var år 1975 t.ex. omkring dubbelt så stort i landets tre folkrikaste kommuner som i kommuner i en del norrlandslän. Kommittén bör undersöka vårdsituationen i bristområdena och överväga möjligheterna att åstadkomma en jämnare fördelning av tandvårdsresurserna inom landet både inom den offentliga och den privata sektorn. Övervägandena bör göras mot bakgrund av erfarenheterna av de företagna etableringsbegränsningarna inom tandvårdsförsäkringen och socialstyrelsens fördelning av tandläkartjänster inom folktandvården. Kommittén bör föreslå åtgärder för att få till stånd en bättre regional fördelning med utgångspunkt i den sammanlagda tillgången på offentlig vård och privatpraktikervård inom ett område. Med hänsyn till frågans angelägenhet bör den ges prioritet i kommitténs arbete.

Etableringsregeln inom tandvårdsförsäkringen har tillämpats sedan år 1974. Enligt riksdagens beslut kan regeln tillämpas längst t.o.m. år 1979, och riksförsäkringsverket omprövar årligen de olika föreskrifterna om begränsningar i rätten för privatpraktiserande tandläkare att ansluta sig till försäkringen. Kommittén bör överväga om det behövs en regel som möjliggör begränsningar i anslutningsrätten också efter 1979 års utgång och hur en eventuell sådan regel skall utformas. Prövningen bör ske mot

bakgrund av effekterna av hittillsvarande föreskrifter. De villkor som nu gäller för att flytta en etableringsrätt som privatpraktiker från en ort till en annan bör uppmärksammas.

Som framgår av vad socialförsäkringsutskottet har anfört i betänkandet SfU 1976/77:1 har de försäkrade ett intresse av att kunna välja vilken tandläkare de vill anlita. Önskemålen om ett fritt tandläkarval bör beaktas så långt det är möjligt med hänsyn till tandvårdsresursernas fördelning.

En särskild fråga för kommittén bör vara att undersöka situationen inom specialisttandvården. Det särskilda ansvar för specialisttandvård som har ålagts folktandvårdens huvudmän bör prövas med hänsyn till de resurser på området som finns inom den offentliga resp. privata sektorn. Samtidigt bör tandvårdsförsäkringens ersättningsregler för specialisttandvård av privatpraktiserande tandläkare granskas av kommittén.

Jag vill påminna om att i uppgifterna för hälso- och sjukvårdsutredningen (S 1975:04) också ingår att pröva hur lagstiftningen om tandvården skall utformas i framtiden. Den kommitté som jag förordar nu bör beakta resultatet av hälso- och sjukvårdsutredningens arbete.

Kommittén bör utreda på vilket sätt barn och ungdomar – i enlighet med regeringsförklaringen – kan anslutas till tandvårdsförsäkringen. En sådan anslutning bör sikta till att göra det möjligt för alla medlemmar i en familj att om de så önskar få tandvård hos samma tandläkare. Olika lösningar kan tänkas för en anslutning av de unga till försäkringen. De bör prövas med utgångspunkt i att fördelarna med det nuvarande systemet skall behållas när det gäller möjligheterna att säkerställa att alla barn och ungdomar regelbundet blir erbjudna tandvård. En annan angelägen synpunkt är att bevara nuvarande förutsättningar för dels tandhälsoinformation och andra förebyggande åtgärder, dels specialistvård. En modell som bör belysas är de köp av tjänster för barn- och ungdomstandvård hos privatpraktiserande tandläkare som bl.a. Stockholms läns landsting tillämpar. Enligt detta system behåller landstinget det samlade ansvaret för barnen hos folktandvården. I samband med sina överväganden beträffande de ungas anslutning till tandvårdsförsäkringen bör kommittén granska behovet av fortsatta övergångsanordningar inom tandvårdsförsäkringen för ungdomar i åldern 17–19 år.

I anslutning till övervägandena beträffande tandvården för barn och ungdom bör kommittén redovisa de erfarenheter som finns om möjligheterna att på längre sikt minska den reparativa vården genom en ökad satsning på förebyggande åtgärder för barn och ungdom.

Kommittén bör uppmärksamma att försvarsministern har tillkallat en särskild utredningsman för att kartlägga formerna för tandvård åt värnpliktiga m.fl. vid överförande av den militära fredstandvården till folktandvården m.m.

I enlighet med vad som uttalades när tandvårdsreformen genomfördes har riksförsäkringsverket fått i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen utreda dels möjligheterna att avgränsa de olika patientgrupper vilka genom sitt handikapp eller sin allmänsjukdom åsamkas tandskador på ett direkt eller indirekt sätt, dels behovet av särskilda ersättningsregler inom tandvårdsförsäkringen för dessa grupper. Frågan om behov av särskilda ersättningsregler för handikappades resor skall därvid också prövas. Efter hemställan av

riksförsäkringsverket har socialstyrelsen gjort en kartläggning av de patientgrupper som åsyftades med uppdraget. Jag föreslår att den kommitté som jag förordar nu får överta detta utredningsuppdrag. Kommittén bör samtidigt uppmärksamma tandvårdsansvaret för de gravt handikappade. Vidare bör kommittén undersöka hur man administrativt och även rent praktiskt bör gå till väga för att på bästa sätt sörja för tandvården åt personer med sådana fysiska, psykiska, intellektuella eller sociala handikapp som skapar problem i tandvårdssammanhang.

Tandvårdsförsäkringens regler om 50 % tandvårdsersättning för tandvårdskostnader upp till f.n. 1 000 kr. och 75 % ersättning för kostnader däröver har ifrågasatts bl.a. i riksdagen. Man har menat att regelsystemet har lett till mer omfattande behandlingar än som i många fall har varit strängt motiverat från odontologisk synpunkt och till en ibland olämplig periodisering av vårdinsatserna. Det har hävdats att en enhetlig ersättningsnivå skulle innebära en rationalisering av värde för att utvinna mer aktiv vårdtid. Frågan har nyligen behandlats av riksdagen (SfU 1977/78:5). Jag förordar att kommittén får pröva erfarenheterna av de nuvarande ersättningsreglernas utformning bl.a. mot bakgrund av riksdagens uttalanden i frågan.

En följd av de nuvarande taxebestämmelserna är att höjningar av tandvårdstaxans arvodesbelopp för olika åtgärder automatiskt leder till höjningar också av patientavgifterna. Kommittén bör belysa de administrativa och ekonomiska konsekvenserna av andra ersättningssystem som inte har samma omedelbara bindning mellan arvodesbelopp och patientandel. Utgångspunkten bör dock vara att den allmänna kostnadsutvecklingen inte automatiskt skall leda till någon bestående ändring av kostnadsfördelningen mellan försäkringen och patienterna. Förslag i denna del som innebär att försäkringen får vidkännas ökade kostnader måste kunna motiveras med påtagliga administrativa fördelar för försäkringssystemet.

Som ett led i översynen av tandvårdsförsäkringens ersättningssystem bör kommittén pröva hur de särskilda bestämmelserna om ersättning till folktandvårdens huvudmän har fallit ut. Kommittén bör också överväga det ekonomiska utfallet för de privatpraktiserande tandläkarna av det nuvarande ersättningssystemets konstruktion med ledning av de beräkningar som görs av riksförsäkringsverket.

Tandvårdstaxan innehåller ett stort antal rubriker vari anges högsta medgivna arvoden för olika åtgärder av tandläkaren och för tandtekniska arbeten. För flertalet åtgärder utgår arvode efter prestation. I vissa fall utgår arvode efter tidsåtgång. Det är inte minst av administrativa skäl angeläget att kommittén prövar möjligheterna att minska den nuvarande starka uppdelningen på olika rubriker.

Kommittén bör vid sin granskning av tandvårdstaxans sammansättning göra en bedömning av taxans effekter på vårdefterfrågan. Det är härvidlag en självklar utgångspunkt att taxans avgiftssättning bör stimulera patienterna till åtgärder som har förebyggande karaktär. Taxan bör å andra sidan endast ge särskild stimulans till åtgärder som normalt kan antas få en förebyggande effekt och som annars sannolikt inte skulle komma till stånd i samma omfattning. I detta sammanhang bör kommittén vidare överväga om det nuvarande ersättningssystemet för behandling av tandhygienist har fått en lämplig utformning eller om det är möjligt att genom ändrad utformning av

taxebestämmelserna medverka till en ökad andel förebyggande åtgärder.

Frågan om att införa ett helt nytt ersättningssystem för tandläkarens åtgärder bör inte ingå i kommitténs uppdrag. Kommittén bör emellertid i övrigt ha möjlighet att föreslå de justeringar i taxans konstruktion som man finner önskvärda.

Som jag tidigare har nämnt pågår f.n. inom socialstyrelsen en utredning av ersättningsnivån vid privata tandtekniska laboratorier m.m. Jag finner det naturligt att kommittén med ledning av det material som socialstyrelsens utredning efter hand tar fram får pröva frågan om hur ersättningsnivån skall beräknas i framtiden med hänsyn till den skiftande strukturen i branschen. Kommittén bör samtidigt överväga hur samverkan mellan privata laboratorier och folktandvården kan utformas. Kommittén bör även här utnyttja det material som kommer fram genom socialstyrelsens utredning.

Endast den som är tandläkare kan f.n. anslutas till tandvårdsförsäkringen som anordnare av tandvård. För att öka möjligheterna till en försäkringsmässig kontroll och en uppföljning av taxan när det gäller tandtekniska arbeten bör kommittén undersöka förutsättningarna att också knyta annan som utför tandtekniskt arbete närmare till försäkringen. En utgångspunkt för kommitténs bedömning bör vara att arvodet för tandtekniskt arbete också i fortsättningen skall prövas gemensamt med arvodet för tandläkarens åtgärder.

Den gräns för obligatorisk förhandsprövning av kostsamma behandlingar som gäller inom tandvårdsförsäkringen har kritiserats av de privatpraktiserande tandläkarna och i riksdagsrevisorernas promemoria. Sedan riksdagsrevisorernas promemoria tillkom, har förhandsprövningsgränsen efter förslag från riksförsäkringsverket höjts från 2 000 till 3 000 kr. Gränsen för obligatorisk förhandsprövning har bl.a. behandlats av riksdagen i betänkandet (SfU 1977/78:5). Kommittén bör överväga regeln bl.a. mot bakgrund av riksdagens uttalanden i frågan. Försäkringens och patienternas intresse av en effektiv kontroll i detta hänseende bör därvid vägas mot de administrativa insatser och kostnader som regeln medför.

Som en konsekvens av ersättningssystemets utformning och de omfattande uppföljningsuppgifter som lades på riksförsäkringsverket i samband med reformens genomförande har administrationen av tandvårdsförsäkringen blivit arbetsam för såväl riksförsäkringsverket och försäkringskassorna som tandläkarna. Inom riksförsäkringsverket – bl.a. i tandvårdsdelegationen – pågår ett kontinuerligt arbete att ta fram rutiner som gör administrationen smidigare. Kommittén bör få i uppdrag att i samband med sin översyn av tandvårdsförsäkringen överväga de möjligheter som finns att underlätta det administrativa arbetet. En självklar utgångspunkt är att den nödvändiga försäkringsmässiga kontrollen inte får eftersättas. Kommittén bör också pröva i vilken omfattning tandvårdsförsäkringen skall följas i fortsättningen. Det är därvid viktigt att kommittén tar ställning till behovet av ett underlag för att kunna bedöma försäkringens effekter på vårdefterfrågan hos olika patientgrupper. Med ledning av dessa överväganden bör kommittén bedöma den framtida statistikens utformning och omfattning. Kommittén bör även i övrigt ta tillvara de möjligheter till förenklingar i administrationen som kan finnas.

Kommittén bör bedriva sitt arbete med sikte på att om möjligt kunna

redovisa ett samlat utredningsförslag. Det är emellertid angeläget att utredningen lägger fram förslag i frågan om den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna i sådan tid att den – tillsammans med frågorna om utbyggnadsprogrammet för den organiserade barn- och ungdomstandvården och ett eventuellt nytt beslut i fråga om etableringsregler – kan behandlas av riksdagen senast under år 1979. Detta kan göra det nödvändigt med delbetänkanden.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag har anfört nu hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

att tillkalla en kommitté med högst sex ledamöter för att göra en översyn av den allmänna tandvårdsförsäkringen m.m.,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande.

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen föreskriver

att ersättning till ledamot, sakkunnig, expert och sekreterare skall utgå i form av dagarvode enligt kommittékungörelsen (1946:394) om inte annat föreskrives,

att kostnaderna för utredningen skall belasta femte huvudtitelns kommitteanslag.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

Bilaga 2 Vissa uppgifter om tandvården i England och Västtyskland

För att ta del av den senaste utvecklingen av tandvårdsförsäkringen och tandvårdens organisation företog delar av kommittén en studieresa till England och Västtyskland hösten 1980. Vi besökte bl. a. Department of Health and Social Security i London och Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung i Bonn. I det följande lämnar vi en kortfattad redovisning för förhållandena i dessa länder.

England

Tandvården i England (liksom i hela Storbritannien) är en del av National Health Service (NHS) som infördes 1948 och som omfattar alla invånare. Det är inte en försäkring i egentlig mening utan snarare en vårdmöjlighet som staten tillhandahåller. Alla är berättigade att erhålla den tandvård som de behöver för att bli "dentally fit" d. v. s. uppnå en sådan tandstatus som är nödvändigt för att säkra det allmänna hälsotillståndet. Hälsovårdsministern är inför parlamentet ansvarig för tandvårdsfrågorna.

För hälso- och sjukvården är England indelat i 90 områden (areas) med egen administration. Inom varje område finns en kommitté för praktiserande läkare och tandläkare. Denna kommitté tecknar kontrakt med privatpraktiserande tandläkare som förbinder sig att bedriva tandvård enligt gällande bestämmelser. Inom denna allmänna tandvård klaras ca 80 % av tandvården i landet. 90 % av tandläkarna är anslutna till NHS. För skoltandvård och tandvård till handikappade finns det ca 1 600 anställda tandläkare.

Utöver den allmänna tandvården och skoltandvården finns det sjukhustandvård. Denna är huvudsakligen en form av specialisttandvård där tandläkarna arbetar som konsulter för sjukhusen.

Företagstandvård finns i mycket begränsad utsträckning.

National Health Service är så uppbyggd att den försöker garantera invånarna den sjukvård de behöver. Man kan däremot inte garantera alla att få tandvård. Skillnaden beror bl. a. på att man har större brist på tandläkare än på läkare.

År 1979 fanns i England och Wales närmare 18 000 registrerade tandläkare vilket innebär en tandläkare per 2 700 invånare. Av dessa arbetade drygt 13 000 i den allmänna tandvården eller i genomsnitt en tandläkare per 3 700 invånare.

Man har ökat tandläkarutbildningen och räknar med ett nettotillskott på 200–300 tandläkare per år.

Tandläkarna har rätt att ha både NHS-patienter och privata patienter. Tandläkaren måste göra upp med patienter i förväg om behandlingen skall ske inom NHS eller i privat regi. Man kan aldrig dela på en behandling utan patienten måste slutbehandlas som en NHS-patient innan man kan diskutera om ytterligare behandling skall ske i privat regi. Ungefär 10 % av tandläkarnas årsinkomst kommer från privatpatienter.

Tandläkarna har möjlighet att öppna praktik var de vill. De regionala skillnaderna är betydande. Inom South East Thames-regionen finns det en tandläkare per 2 500 invånare och i Northern-regionen en på 5 200. Man räknar dock med att marknadskrafterna skall verka så att man på sikt får en jämnare fördelning i förhållande till efterfrågan på tandvård. Tandläkarförbundet försöker verka för en bättre fördelning genom upplysning om var möjligheterna att etablera är goda.

En hård styrning av tandläkarresurser ansågs inte vara förenlig med ett demokratiskt samhällsskick. Vidare ansåg man att man inte har underlag för att beräkna vårdbehov respektive vårdefterfrågan i skilda kommuner med en sådan precision att man kunde avgöra hur många tandläkare som behövdes där. Man har dock diskuterat någon form av bonus till tandläkare som flyttar till områden med låg tandläkartäthet.

Inom socialdepartementet ansåg man det tveksamt om efterfrågan på tandvård kommer att öka särskilt mycket i framtiden bl. a. med tanke på att kariessjukdomen minskat under senare år särskilt bland skolbarnen. Som en tänkbar orsak härtill angav man bl. a. fluortandkrämen.

Genom systemet med anställda skoltandläkare räknar man med att cirka 56 % av barnen får årlig undersökning. Ungefär 16 % får behandling inom skoltandvården. Övriga barn räknar man med skall få behandling hos privatpraktiserande tandläkare.

För att undersöka effekter av tandvården genomförde man 1968 en stor epidemiologisk undersökning. En ny undersökning gjordes 1978 och den visade att förbättringar skett men att tandhälsan fortfarande inte är särskilt bra hos engelska folket. En särskild arbetsgrupp har nyligen tillsatts för att ta fram förslag till profylaktiska åtgärder inklusive eventuell vattenfluoridering. För närvarande räknar man med att ca 7 % av befolkningen har tillgång till fluoriderat dricksvatten.

Det finns för närvarande 1 300 tandhygienister. Dessutom har man i skoltandvården 300 Dental Therapists, som biträder tandläkarna med vissa vårdåtgärder.

Tandvården är fri för dem som är under 21 år. Ungdomar i ålderna 16–21 år som inte går i skolan måste dock betala för protetik. Gravida kvinnor och mödrar som fött barn inom de föregående 12 månaderna får också fri tandvård.

I övrigt måste patienterna betala avgift enligt den åtgärdstaxa som tandläkarna får betalt efter. Första undersökningen är dock alltid fri. Ett högkostnadsskydd gör att patienten inte behöver betala mer än £ 8 (ca 80 kronor) för vanliga behandlingar och £ 54 (ca 540 kronor) för avtagbar och fast protetik. Även vid taxehöjningar har högkostnadsskyddet bibehållits oförändrat.

Tandläkarna får betalt för varje åtgärd enligt en särskild taxa. Det finns fasta arvoden för 90 % av behandlingarna. Tidsdebiteringar förekommer inte.

Höjningar av taxan föregås av att en oberoende kommitté – Review Body – föreslår vad den genomsnittliga inkomsten bör vara för en tandläkare påföljande år (Net Target Income). Kommittén har en opartisk ordförande. Någon tandläkare ingår ej i kommittén. Såväl regeringen som tandläkarförbundet lämnar underlag för kommitténs arbete. Man tar hänsyn till den allmänna samhällsekonomin och vad andra grupper i samhället tjänar. Den nettoinkomst som kommittén för år 1980 fastställde för tandläkare var 14 600 pund för år 1980.

När denna inkomst fastställts påbörjades ett mycket omfattande arbete inom en arbetsgrupp – Dental Rates Study Group – för att räkna ut taxenivån bör vara för att genomsnittstandläkaren skall komma upp till den eftersträvade inkomsten.

Tandvårdsräkningarna från hela landet sänds till en särskild myndighet – Dental Estimates Board (DEB) som granskar räkningarna och bemyndigar de lokala kommittéerna för praktiserande läkare och tandläkare att betala räkningarna. DEB har 2 000 anställda varav 46 är tandläkare. Till DEB:s uppgifter hör att ta fram underlag för förändringar i taxans konstruktion, följa upp förändringar i vårdpanoramat etc.

Man följer upp om tandläkarna får en klart avvikande bruttointäkt i förhållande till genomsnittet. Är avvikelsen mycket stor gör man en särskild undersökning.

90 % av behandlingarna klaras f. n. utan förhandsprövning. Protetik, omfattande parodontal behandlig samt ortodonti måste alltid förhandsprövas.

Varje tandläkares behandlingspanorama analyseras med hjälp av dator årligen. Hittar man något anmärkningsvärt kan patienter kallas för undersökning. Med datorns hjälp slumpar man årligen ut ett antal patienter för varje tandläkare vilka kallas till klinisk undersökning. Om undersökningen skulle resultera i anmärkning mot tandläkare har denne möjlighet att överklaga. Omkring 30 000 patienter undersöks på detta sätt per år. Cirka 250 fall blir föremål för fortsatt utredning.

Som nämnts finns det dels privatpraktiserande tandläkare dels anställda tjänstetandläkare. Allmänt kan sägas att de anställda tandläkarna tjänar mindre än de privatpraktiserande tandläkarna. Man har alltså vissa rekryteringssvårigheter när det gäller tandläkare till skoltandvården. Ett bekymmer var att all statistik visade att produktiviteten var väsentligt lägre hos de anställda tandläkarna än hos privattandläkarna. Man försöker påverka de anställda tandläkarna att göra mer genom att peka på statistik om bl. a. färdigbehandlade barn, utförda fyllningar etc. Ett sätt att få upp produktiviteten, tror man, vore att betala så bra som möjligt men istället ha ett korttidsförordnande för de anställda tandläkarna.

Det finns mellan 5 000 och 6 000 tandtekniker i England. Eftersom de är oorganiserade är det svårt att få till stånd formella överläggningar med dem. För närvarande är det tandläkarnas marknad när det gäller tandtekniska arbeten. Detta medför att priset kan pressas.

Det finns ingen direkt gräns för hur mycket tandvårdsförsäkringen får

kosta. Man gör dock vid uppgörande av budget uppskattningar av vad försäkringen beräknas komma att kosta påföljande år. Bruttokostnaden är för närvarande ca 3,2 miljarder kronor per år och nettokostnaden ca 2,5 miljarder. Överskrids de beräknade kostnaderna ett år försöker man numera inte dra tillbaka pengar nästa år genom en sänkning av tandvårdstaxan.

Västtyskland

Socialförsäkringen i Västtyskland har anor sedan slutet av 1800-talet och omfattar nu arbetslöshetsförsäkring, pensionsförsäkring, olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring. Tandvårdsförsäkringen är en integrerad del av sjukförsäkringen. Sjukförsäkringslagen anger vilka som är obligatoriskt anslutna till försäkringen. Försäkringspliktiga är bl. a. arbetstagare, handikappade som arbetar i skyddad verkstad, studerande, flertalet pensionärer, vissa socialhjälpstagare, företagare inom jordbruk och skogsbruk samt ett litet antal småföretagare. Ekonomiskt beroende familjemedlemmar till försäkringspliktiga är medförsäkrade och erhåller samma förmåner.

Försäkringsfrihet kan under vissa förutsättningar erhållas inom flertalet av de nämnda grupperna, dock ej av arbetare inom LO-sektorn. Tjänstemän t. ex. erhåller försäkringsfrihet om deras årsinkomst överstiger 42 000 DM. Personer med försäkringsfrihet kan bli frivilligt försäkrade.

Den lagstadgade sjukförsäkringen handhas av över 1 300 försäkringskassor. Den största är Allgemeiner Ortskrankenkasse inom vilken större delen av arbetarna är försäkrade. Gruvarbetarna har dock sin egen kassa. För tjänstemän finns ett flertal olika kassor. Dessa försäkringskassor har en mycket självständig ställning och inom lagens ram har man stora möjligheter till olika tillämpningar. Utvecklingen går dock mot större enhetlighet. Utöver de lagenliga kassorna finns det privata som försäkrar icke försäkringspliktiga personer.

År 1974 var 92,5 % av den västtyska befolkningen försäkrad enligt sjukförsäkringslagen, 7,2 % var försäkrade i privata kassor och 0,3 % hade inte något försäkringsskydd.

Tandläkare som arbetar inom försäkringen måste enligt lag vara anslutna till en förening för försäkringskassetandläkare. Det finns 14 sådana föreningar. Enligt lag skall föreningarna träffa kollektiva avtal med försäkringskassorna om ersättningen till tandläkarna. Den överenskomna ersättningen betalas från försäkringskassan till försäkringstandläkarföreningen som sedan i sin tur administrerar utbetalningen till de enskilda tandläkarna. Försäkringstandläkarna är skyldiga att ta emot försäkringspatienter. Föreningarna för försäkringstandläkare har åtagit sig att se till att alla försäkrade får tandvård inom rimlig tid.

För närvarande är 32 000 tandläkare anslutna till försäkringskassetandläkarföreningar. Tandläkartätheten är i genomsnitt en tandläkare per 2 000 invånare. Det finns områden där tandläkartätheten är en på 1 000 invånare. På socialdepartementet ansåg man att 1 700 invånare per tandläkare var en lämplig tandläkartäthet. Enligt prognoser som gjorts kommer antalet tandläkare i Tyskland att vara relativt konstant de närmaste åren. Alla legitimerade tandläkare från EG-länderna kan bli anslutna till försäkringen. Man vet emellertid inte hur stor invandringen kommer att bli.

Sjukkassorna måste enligt lagen erbjuda de försäkrade vissa grundförmåner. Inom vissa ramar kan de försäkrade erbjudas förmåner utöver de lagstadgade. Traditionellt ersätter tyska sjukkassor inte förebyggande behandling och behandling av estetiska skäl. En viss uppmjukning på dessa punkter har dock ägt rum under de senaste åren.

Sjukkassorna ersätter i regel alla patientens kostnader för tandvård och behandling av sjukdomar i mun- och käkregionen med undantag för tandtekniskt arbete, som ersätts med omkring 80 % av kostnaden. Ersättning för tandtekniskt arbete kräver förhandsprövning. Kassan kan kräva 20 % av både barn och vuxna men gör det vanligen inte när det gäller barn.

Försäkringen ersätter odontologiskt berättigad vård men det minst kostsamma alternativet skall alltid väljas. Socialdepartementet i Bonn utfärdar riktlinjer för vilken vård som skall ersättas. Ett särskilt utskott bestående av representanter för försäkringskassorna, de tandläkare som är anslutna till försäkringskassorna samt tre opartiska ledamöter utarbetar riktlinjer för vilken tandvård som skall ersättas. I dessa anges exempelvis när en bro skall göras och när tandreglering bör utföras. Riktlinjerna gäller för alla försäkringskassor.

Tandvårdstaxans uppbyggnad med ett antal punkter infördes 1962. I stort sett är grundrelationerna mellan olika åtgärder oförändrade. År 1979 gjorde man viss minskning vad gäller antal punkter för protetisk behandling. Antalet punkter för olika åtgärder bygger inte på några tidsstudier. De har bestämts rent erfarenhetsmässigt. Man har därvid utgått från arvodet för en yta amalgam som satts till 20 poäng.

Taxan anger för olika behandlingar ett antal punkter. För t. ex. guldkrona står det i taxan 180 poäng. Punkterna ändras inte så ofta men däremot värdet för en punkt. En gång per år sker förhandling om hur mycket punkterna skall vara värda. Vid dessa förhandlingar måste man ta hänsyn till försäkringskassornas inkomster. Givetvis finns det också med ett underlag beträffande kostnadsutvecklingen. Detta underlag försöker också beakta kalkylkostnaderna. Vissa enkätundersökningar utförs beträffande årsarbetstiden. Framför allt är man intresserad om förändringar inträffat beträffande årsarbetstiden. För närvarande räknar man med att i genomsnitt arbetar tandläkarna 36–38 timmar/vecka vid tandläkarstolen. Under senare år är det så att den allmänna ekonomiska utvecklingen har större betydelse för bestämmande av taxenivån än praktikkostnadernas utveckling. Arvodesnivån varierar mellan olika försäkringskassor men trenden går mot en större enhetlighet. Tjänstemannakassorna ger f. n. ungefär 5 % högre ersättning.

När tandläkare behandlar privatpatienter är han även taxebunden. Den taxa som då gäller anger ett visst belopp för varje åtgärd. Tandläkare kan sedan öka detta arvode med upp till sex gånger beroende på behandlingens svårighetsgrad och patientens möjligheter att betala. Enligt departementet har man en viss inblick i hur omfattande den rena privattandvården är.

Totalersättningens belopp fastställs för en viss avtalsperiod. Blir parterna inte överens om utformningen av ett nytt avtal kan avtalets innehåll föreskrivas av en skiljenämnd. Skiljenämndens utslag är bindande. Skiljenämnden finns både på delstats- och förbundsnivå.

Ett slags huvudavtal, Bundesmantelvertrag, som reglerar det allmänna

innehållet i kollektivavtalen, träffas mellan förbundsföreningen för sjukkassetandläkare och sjukkassornas förbundsföreningar.

Enligt lagen skall tandvårdsutbudet från kassatandläkarna regleras i avtalet på så sätt att ett jämnt, tillräckligt och ändamålsenligt omhändertagande av de försäkrade kan garanteras. Genom behovsplanering som görs i samråd med försäkringskassorna skall även den långsiktiga försörjningen garanteras. I avtalet finns skyldigheter för den enskilde tandläkaren inskrivna. Denne måste ställa sin praktik till förfogande för försäkringstandvård under viss tid. Tandläkare är skyldig att efterutbilda sig. När han tar semester måste han överenskomma med en annan tandläkare att ta hand om patienterna.

Barnen avses få en årlig tandundersökning i skolan. Om behandling erfordras sker den hos privatpraktiserande tandläkare. Man hinner för närvarande inte undersöka alla barn. Det är svårt att rekrytera skoltandläkare. Lönen är förhållandevis låg och arbetet inte så stimulerande.

Riktlinjer för planering finns och behovsplanering sker per kommun och på delstatsnivå. Mycket av planeringen är dock en nulägesbeskrivning. Det finns inga möjligheter att styra tandläkare till viss ort. Man kan däremot stänga vissa områden för fler försäkringskassetandläkare. Så har emellertid ännu ej skett. Ekonomiska "morötter" finns, exempelvis investeringsbidrag till tandläkare som vill etablera sig inom områden med låg tandläkartäthet.

Finansieringen är så upplagd att kostnaderna delas lika mellan de försäkrade och arbetsgivarna.

Skillnaden mellan försäkringskassornas inkomster och utgifter har kraftigt ökat under senare år trots att avgifterna höjs kontinuerligt. Mellan åren 1970 och 1979 har kostnaderna för tandvård ökat med 205 %, för protetik med cirka 624 %. Ökningen av protetikdelen beror delvis på att taxans innehåll förändrats vilket medfört en ökad efterfrågan på tandtekniskt arbete. Denna ökade efterfrågan har också medfört att tandteknikerarvodet ökat. Många anser att det är framför allt tandteknikerna som är ansvariga för den kraftiga kostnadsutvecklingen på senare år. Tandteknikerna vill ha kvar nuvarande system med två taxor, d. v. s. en för tandläkare och en för tekniker. På tio år har teknikerna ökat sin omsättning med 755 %. Metallkostnaderna har också ökat mycket kraftigt under senare år. Man söker därför efter andra metallegeringar än de där guld ingår. Man beräknar att ungefär 30 % av allt dentalguld i världen förbrukas i Västtyskland. Man diskuterar nu att försöka använda ett "Spargold".

Försäkringskassan gör en datamässig kontroll av varje tandläkares behandlingspanorama resp. totala intäkt. Om någon avviker mycket markant från genomsnittet får tandläkaren förklara sig inför ett särskilt utskott. Tandläkaren kan komma att få återbetala viss andel av utbetald ersättning om något falsarium kan påvisas. Det är emellertid mycket sällan som sådana åtgärder behöver vidtas.

Försäkringskassetandläkarföreningen har lagenlig rätt att vidta vissa disciplinära åtgärder mot medlemmarna.

Sedan fler år har sjukförsäkringens kostnader stigit snabbare än de på de försäkrades löner baserade avgifterna. Under åren 1971–1975 steg sjukkassornas kostnader per försäkrad med 16,5 %, medan de försäkrades löner

endast ökade med i genomsnitt 9,6 %. Detta ledde till snabb ökning av uttagsprocenten. (1971: 8,1 % mot 1976: 11,3 %.)

Av denna anledning tillkom 1977 den s. k. kostnadsdämpningslagen.

Åtgärderna enligt lagen berör tandvården på följande punkter:

Den försäkrade skall betala minst 20 % av kostnaderna för tandtekniskt arbete. Vidare kan sjukkassan föreskriva att patient skall bära del av kostnaden för käkortopedisk behandling, dock högst 20 %.

Vårdgivare, sjukkassor, arbetsmarknadsparterna m. fl. skall under ledning av regeringen samla sig kring förslag till rationalisering och höjning av effektiviteten av hälsovården.

Ökningen av den totala ersättningen till vårdgivarna skall i framtiden anpassas till sjukförsäkringens intäktsutveckling. En gång per år skall kassatandläkarnas förbundsförening lämna en rekommendation om arvodeshöjning. Härvid skall hänsyn tas till sjukkassornas inkomstutveckling, praktikkostnaderna, tandläkarnas eventuella arbetstidsförändringar samt förändringar i behandlingsvolymen eller -inriktning om dessa är följder av utökade förmåner till de försäkrade från sjukkassornas sida.

Vid de lokala arvodesförhandlingarna skall hänsyn tas till dessa rekommendationer.

Kassornas och kassatandläkarnas förbundsföreningar skall upprätta enhetliga mått för tandläkarnas åtgärder. Kassorna får emellertid som tidigare var för sig komma överens med tandläkarna om arvodesnivån.

Bilaga 3 Av socialstyrelsen medgivna undantag från skyldighet att meddela specialisttandvård för vuxna 1981

Landsting	*Specialiteter för vilka undantag medgivits*
Uppsala läns	rotbehandling, tandreglering
Södermanlands läns	rotbehandling
Östergötlands läns	tandreglering och rotbehandling
Jönköpings läns	tandreglering och rotbehandling
Kronobergs läns	tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Kalmar läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Gotlands kommun	tandreglering och rotbehandling
Blekinge läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Kristianstads läns	rotbehandling
Malmöhus läns	tandreglering
Malmö kommun	tandlossningssjukdomar
Hallands läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Göteborgs och Bohus läns	tandreglering
Älvsborgs läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Skaraborgs läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Värmlands läns	tandreglering och rotbehandling
Västmanlands läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling
Gävleborgs läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar och rotbehandling

Landsting	*Specialiteter för vilka undantag medgivits*
Västernorrlands läns	tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar och rotbehandling
Jämtlands läns	tandreglering och rotbehandling
Norrbottens läns	tandreglering

Bilaga 4 Sammanställning av från försäkringskassorna utbetalad tandvårdsersättning per försäkrad under år 1979

Försäkringskassa	Belopp kr	I storleksordning Försäkringskassa	Belopp kr
Stockholms län	283	Malmö kommun	373
Uppsala län	186	Göteborgs kommun	358
Södermanlands län	196	Östergötlands län	305
Östergötlands län	305	Stockholms län	283
Jönköpings län	226	Malmöhus län	250
Kronobergs län	188	Jönköpings län	226
Kalmar län	162	Kristianstads län	225
Gotlands län	203	Hallands län	223
Blekinge län	193	Gbg:s och Bohus län	221
Kristianstads län	225	Gotlands län	203
Malmö kommun	373	Örebro län	202
Malmöhus län	250	Västerbottens län	199
Hallands län	223	Södermanlands län	196
Göteborgs kommun	358	Värmlands län	194
Gbg:s och Bohus län	221	Blekinge län	193
Älvsborgs län	190	Älvsborgs län	190
Skaraborgs län	170	Kronobergs län	188
Värmlands län	194	Uppsala län	186
Örebro län	202	Kopparbergs län	181
Västmanlands län	179	Västmanlands län	179
Kopparbergs län	181	Norrbottens län	171
Gävleborgs län	158	Skaraborgs län	170
Västernorrl län	159	Jämtlands län	165
Jämtlands län	165	Kalmar län	162
Västerbottens län	199	Västernorrl län	159
Norrbottens län	171	Gävleborgs län	158
Genomsnittlig ersättning vägd	228		

Bilaga 5 Olika befolkningsgruppers utnyttjande av tandvårdsförsäkringen

1 Bakgrund

De här presenterade uppgifterna avser män i åldern 30–59 år fördelade efter sjukpenninggrundande inkomst. Anledningen till att just dessa grupper belyses närmare är att det i riksförsäkringsverkets patientregister inte finns någon uppgift rörande patienternas sociala situation förutom uppgiften om sjukpenninggrundande inkomst. Inkomst har ett starkt samband med utbildning och socialgrupp, varför denna variabel kan användas för att beskriva den samlade effekten av inkomst, utbildning och socialgrupp på utnyttjandet av tandvårdsförsäkringen. Sjukpenninggrundande inkomst är den beräknade inkomsten från förvärvsarbete. För att underlätta tolkningen av uppgifterna har vi valt att begränsa redovisningen till män i de åldersgrupper som innefattar endast ett mycket begränsat antal studerande eller pensionerade personer.

Större delen av redovisningen avser endast privattandvården eftersom bortfallet rörande folktandvården är för stort och justeringar bedöms vara ogenomförbara p. g. a. för stor detaljeringsgrad. När det gäller besöksfrekvens och behandlingarnas art har det emellertid bedömts som så viktigt att ge skattningar för den totala tandvårdskonsumtionen i de olika grupperna att uppgifterna innefattar även folktandvården. Dessa uppgifter måste ses som mycket grova approximationer.

2 Sjukpenninggrundande inkomst år 1979

Tabell 1 Försäkrade män 30–59 år procentuellt fördelade efter sjukpenninggrundande inkomst år 1979

Ålder	Sjukpenninggrundande inkomst (1 000-tal kronor)				
	– 9,9	10,0–49,9	50,0–79,9	80,0–	Summa
30–39	2,3	13,1	64,7	19,8	100
40–49	4,1	13,4	57,2	25,3	100
50–59	10,4	14,8	54,1	20,7	100

Av tabell 1 framgår att den övervägande delen av männen i de tre redovisade åldersgrupperna år 1979 hade inkomster mellan 50 000 och 80 000 kronor. Den lägsta inkomstgruppen – som till stor del torde bestå av förtidspensionärer – är relativt liten men ökar relativt sett med ökande ålder. För övriga inkomstgrupper är förändringen av gruppens andel av totalen inte lika påtaglig över åldern.

3 Andelen behandlade patienter

Tabell 2 visar hur många procent av de försäkrade behandlats inom privattandvården år 1979. Vidare redovisas i tabellen en skattning av hur stor andel som behandlats då hänsyn även tas till folktandvårdsbehandlingar.

Det framgår av uppgifterna att besöksfrekvensen ökar starkt med ökande inkomster. Män med inkomster över 80 000 kronor besökte åtminstone fr. o. m. 40 års åldern tandläkare i mer än dubbelt så stor utsträckning som männen med de lägsta inkomsterna. En förklaring kan vara att män med låga inkomster oftare saknar egna tänder än män med högre inkomster. Men även i åldersgruppen 30–39 år, i vilken total avsaknad av egna tänder sannolikt är sällsynt, hade män med inkomster över 80 000 kronor en besöksfrekvens som låg ca 25 procentenheter över frekvensen för männen med de lägsta inkomsterna.

Tabell 2 Procentuella andelen behandlade patienter av försäkrade män 30–59 år. Privattandvården år 1979

Ålder	Sjukpenninggrundande inkomst (1 000-tal kronor)			
	–9,9	10,0–49,9	50,0–79,9	80,0–
	Andelen behandlade patienter inom privattandvården			
30–39	29	38	50	53
40–49	23	36	44	60
50–59	17	29	37	58
	Andelen behandlade patienter inom både folk- och privattandvård			
30–39	42	47	61	68
40–49	35	48	55	68
50–59	26	39	48	66

4 Behandlingens art

Förutom att det är intressant att studera hur många personer i en grupp som fått tandvård under ett år bör det vara av intresse att visa även vilka slags behandlingar dessa personer erhållit. Här skiljes mellan akutbehandlingar, saneringsbehandlingar, revisionsbehandlingar och övriga behandlingar. I övriga behandlingar ingår ett mycket litet antal specialistbehandlingar. Arten av återstående andelen övriga behandlingar är okänd. Förutom om

delbehandlingar torde det röra sig framförallt om akutbehandlingar. Somliga personer har erhållit fler än en behandling under året. Av denna anledning överensstämmer summan behandlingar inte med antalet behandlade patienter.

Tabell 3 Antalet behandlingar per 100 försäkrade män i olika ålders- och inkomstklasser fördelade efter behandlingens art. År 1979

Ålder och inkomst (1 000-tal kr)	Privattandvården					Privat- och folktandvården				
	Behandlingens art[a]					Behandlingens art[a]				
	A	S	R	Ö	S:a	A	S	R	Ö	S:a
30–39 år										
– 9,9	9	12	16	11	48	16	16	19	15	66
10,0–49,9	5	9	27	9	50	9	11	29	11	60
50,0–79,9	6	12	37	11	66	10	15	40	14	79
80,0–	5	12	41	11	69	7	14	43	12	76
40–49 år										
– 9,9	6	7	16	8	37	11	9	19	14	53
10,0–49,9	5	8	24	11	48	10	10	28	15	63
50,0–79,9	6	9	33	13	61	9	12	37	16	74
80,0–	8	12	47	17	84	11	14	50	20	95
50–59 år										
– 9,9	3	5	11	7	26	7	7	13	10	37
10,0–49,9	5	6	19	11	41	9	9	22	14	54
50,0–79,9	6	8	27	13	54	10	11	31	17	69
80,0–	9	12	47	20	88	12	14	50	24	100

[a] A = akutbehandling, S = saneringsbehandling, R = revisionsbehandling, Ö = övrig behandling.

I tabell 3 redovisas antalet behandlingar av olika slag per 100 försäkrade i de skilda redovisningsgrupperna. Både uppgifter för endast privattandvård och för privat- och folktandvård lämnas.

Av uppgifterna framgår att skillnaderna mellan inkomstgrupperna är stora framförallt då det gäller revisionsbehandlingar. Skillnaderna återfinns i samtliga åldersgrupper men förstärks med ökande ålder. Fr. o. m. 40 årsåldern finns betydande skillnader även i antalet saneringsbehandlingar och fr. o. m. 50-årsåldern liknande skillnader när det gäller akuttandvård.

5 Tandvårdsarvode per behandlad patient

I tandvårdsarvodet är innefattat arvode för behandling av tandläkare och profylaxpersonal samt arvode för tandtekniskt arbete. Däremot ingår ej kostnaden för äldelmetaller m. m.

I tabell 4 visas det genomsnittliga tandvårdsarvodet per person och år efter personens ålder och inkomst. Tabellen avser endast privattandvården.

Tabell 4 Totalt tandvårdsarvode per patient. Privattandvården år 1979

Män, ålder	Sjukpenninggrundande inkomst (1 000-tal kronor)			
	–9,9	10,0–49,9	50,0–79,9	80,0–
30–39	773	655	552	479
40–49	896	793	731	666
50–59	745	885	860	874
Samtliga	791	760	673	666

Av tabellen framgår att behandlingarna när det gäller åldrarna 30–49 år var mera omfattande ju lägre den sjukpenninggrundande inkomsten var. I 50-årsåldern var arvodet av ungefär samma storleksordning för samtliga utom för de män som hade en årlig inkomst under 10 000 kronor. Dessa hade ett drygt 100 kronor lägre arvode. Arvodet ökade i samtliga inkomstgrupper, förutom när det gäller män med de lägsta inkomsterna, starkt med åldern. Ju högre inkomsten var desto större var skillnaden mellan det arvode som debiterats 30–39-åriga respektive 50–59-åriga män. En viss förklaring till detta förhållande ges i avsnitt 7.

6 Behandlade patienter fördelade efter arvode

Genomsnittsarvodet har redovisats i föregående avsnitt. Här visas hur spridningen av tandvårdsarvodet per patient ser ut i de olika redovisningsgrupperna.

Tabell 5 Procentuell fördelning av behandlade patienter efter tandvårdsarvodet år 1979. Privattandvården

Sjukpenninggrundande inkomst (SGI) (1 000-tal kr) ålder	Arvode, kronor					
	–99	100–299	300–999	1 000–2 499	2 500–	Summa
SGI: –9,9						
30–39	14	36	31	14	5	100
40–49	18	32	28	16	6	100
50–59	17	37	29	13	4	100
Samtliga	16	36	29	14	5	100
SGI: 10,0–49,9						
30–39	17	37	32	10	4	100
40–49	15	35	33	11	6	100
50–59	16	32	32	13	7	100
Samtliga	16	35	32	11	6	100

Tabell 5 forts.

Sjukpenninggrundande inkomst (SGI) (1 000-tal kr) ålder	Arvode, kronor					
	-99	100–299	300–999	1 000–2 499	2 500–	Summa
SGI: 50,0–79,9						
30–39	19	39	31	8	3	100
40–49	18	37	30	9	6	100
50–59	17	35	29	12	7	100
Samtliga	18	37	30	10	5	100
SGI: 80,0–99,9						
30–39	19	41	32	6	2	100
40–49	17	38	31	9	5	100
50–59	15	37	30	10	8	100
Samtliga	17	39	31	8	5	100
SGI: 100,0–						
30–39	27	48	16	6	3	100
40–49	14	39	34	6	7	100
50–59	10	33	29	15	13	100
Samtliga	17	41	26	9	7	100

Av tabell 5 framgår att skillnaderna mellan inkomstgrupperna är förvånansvärt små då hänsyn inte tas till åldern. Inte heller då inkomstgrupperna jämförs åldersvis framträder några större skillnader. Här bör möjligtvis den högsta inkomstgruppen undantagas. I denna har männen i åldrarna 30–39 år i genomsnittet klart lägre arvoden än män med lägre inkomster. 50–59-åringarna i samma inkomstgrupp däremot hade i högre utsträckning än jämnåriga män i de övriga inkomstgrupperna arvoden överstigande 2 500 kronor.

7 Behandlingsinnehållet för olika inkomstgrupper

I tabellerna 6:1–6:3 visas i vilken omfattning de olika redovisningsgrupperna fått vissa åtgärder utförda av tandläkaren.

Vid tolkningen av tabellen bör hållas i minnet att både akut- och saneringsbehandlingar relativt sett förekom oftare ju lägre inkomsten var. Således ges så gott som aldrig förebyggande vård vid akutbehandlingar.

Skillnaderna i behandlingarnas innehåll är stora inte endast relativt sett utan även då arvodet per grupp av behandlingsåtgärder avses. De främsta skillnaderna mellan inkomstgrupperna föreligger när det gäller behandling med avtagbar protes och tandkirurgisk behandling. Män med låga inkomster hade redan i 30-årsåldern större inslag av tandkirurgisk behandling och behandling med avtagbara proteser än män med höga inkomster hade i 50-årsåldern.

Tabell 6.1 Tandläkararvodets fördelning efter avdelning i tandvårdstaxan. Privattandvården år 1979. Fördelning efter patientens sjukpenninggrundande inkomst. Män 30–39 år

Avdelning i tandvårdstaxan	Sjukpenninggrundande inkomst (1 000-tal kr)					
	0–9,9	10,0–49,9	50,0–79,9	80,0–99,9	100,0–	Samtliga
Tandläkararvode i kronor						
Rådgivning, undersökn.	73	73	71	71	61	71
Förebyggande behandl.	74	64	63	70	61	65
Tandkir. behandl.	26	18	13	9	4	13
Rotbehandling	60	41	40	26	26	37
Konserv. behandl.	203	182	172	147	110	168
Behandl. m. fast protes	146	133	91	79	124	94
Behandl. m. avtagbar protes	24	11	9	1	0	8
Övrig behandl.	4	3	2	3	4	3
Summa	610	526	460	406	390	459

Tabell 6.2 Tandläkararvodets fördelning efter avdelning i tandvårdstaxan. Privattandvården år 1979. Fördelning efter patientens sjukpenninggrundande inkomst. Män 40–49 år

Avdelning i tandvårdstaxan	Sjukpenninggrundande inkomst (1 000-tal kr)					
	0–9,9	10,0–49,9	50,0–79,9	80,0–99,9	100,0–	Samtliga
Tandläkararvode i kronor						
Rådgivning, undersökn.	71	70	68	73	75	70
Förebyggande behandl.	66	64	68	73	66	69
Tandkir. behandl.	26	23	17	12	10	17
Rotbehandling	46	47	49	39	54	45
Konserverande behandl.	176	160	153	147	154	152
Behandl. m. fast protes	210	190	172	159	143	170
Behandl. m. avtagbar protes	66	46	31	9	0	26
Övrig behandl.	4	3	3	3	2	3
Summa	664	602	561	516	504	553

Tabell 6.3 Tandläkararvodets fördelning efter avdelning i tandvårdstaxan. Privattandvården år 1979. Fördelning efter patientens sjukpenninggrundande inkomst. Män 50–59 år

Avdelning i tandvårdstaxan	Sjukpenninggrundande inkomst (1 000-tal kr)					
	0–9,9	10,0–49,9	50,0–79,9	80,0–99,9	100,0–	Samtliga
Tandläkararvode i kronor						
Rådgivning, undersökn.	62	68	68	78	90	71
Förebyggande behandl.	59	71	65	82	98	71
Tandkir. behandl.	28	23	21	20	12	21
Rotbehandling	35	58	47	55	97	51
Konserverande behandl.	117	150	129	135	135	133
Behandl. m. fast protes	152	206	226	241	418	227
Behandl. m. avtagbar protes	97	78	62	23	7	53
Övrig behandl.	4	3	4	4	7	4
Summa	553	656	623	639	864	631

Bilaga 6 Mål och metoder inom vuxentandvården

Innehåll

Inledning 182

1 *Sammanfattning* 183

2 *Tandhälsovård – resultat och praktisk tillämpning* 185
2.1 Tandhälsovårdens odontologiska effekter och lönsamhet . . 185
2.1.1 Tandhälsovårdens odontologiska effekter m m . . . 185
2.1.2 Ekonomiska aspekter på förebyggande tandvård . . 191
2.1.3 Samhällsekonomiska aspekter på tandhälsovård . . 192
2.2 Socialstyrelsens föreskrifter, råd och anvisningar rörande vårdinnehåll och vårdformer 192
2.2.1 Tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom . . . 192
2.2.2 Tandhälsovårdsprogram för vuxna (Ramvux) . . . 193

3 *Personalresurserna inom tandvården* 195
3.1 Tandvårdspersonalutredningen (TPU) 195
3.2 Viljeinriktningen av tandvården 195
3.3 Arbetsfördelningen inom tandvården. TPU:s förslag till ökad delegering 196
3.4 Framtida relationer mellan yrkeskårerna inom tandvården . 196

4 *Vuxnas tillgång till tandvård och till profylax* 198

5 *Statens och landstingens ansvar* 200

Överväganden och förslag 202

6 *Våra utgångspunkter* 202
6.1 Ett övergripande tandvårdsmål 202
6.2 Tandvårdens samhällsekonomiska utrymme 202
6.3 Tandhälsovårdens odontologiska och samhällsekonomiska effekter 203
6.4 Statens och landstingens ansvar 204
6.4.1 Socialstyrelsens och riksförsäkringsverkets ansvar . . 204
6.4.2 Landstingens framtida roll 204

6.5 Barn- och ungdomstandvårdens roll som bas för vuxentandvården 204
6.6 Personaltillgången 205

7 *Viljeinriktningen* 205

8 *Utveckling av de organisatoriska förutsättningarna* 207

9 *Förslag om införande av behandlingsprogram* 208
9.1 Allmän beskrivning 208
9.2 Utgångspunkter i nuvarande program och behandlingsprinciper 208
9.3 Utformningen av behandlingsprogram för vuxna 209
9.4 Lokal tillämpning av behandlingsprogram 210

10 *Personalsamordning i tandhälsovården* 210

11 *Förslag om höjning av ambitionsnivån inom vuxentandvården* . 213
11.1 Inledning 213
11.2 Krav som organisatoriska modeller bör uppfylla 214
11.3 Modell för överföring av patienter från organiserad ungdomstandvård till organiserad vuxentandvård 214
11.4 Modell för utvecklingsarbete syftande till en populationsinriktad utbyggnad av vuxentandvården 216
11.5 Diskussion 219

12 *Önskvärda förändringar för att påskynda utvecklingen mot en mera förebyggande tandvård* 220
12.1 Inledande synpunkter 220
12.2 Tandläkarnas intresse för tandhälsovård kan stimuleras . . 220
12.3 Mer profylaxpersonal – färre tandläkare 221
12.4 Patientens medverkan – en utvecklingsbar tandvårdsresurs . 222
12.5 Prioritera efterutbildning i "informationskunskap" 223

13 *Tandhälsovårdsbefrämjande tandvårdstaxa* 225

14 *Enkla effektmätningar på kliniknivå* 226

Försök med företagstandvård 228

Bilagor:
Bil. 1a *Tandhälsovårdsklinik på Kockums Varv i Malmö* . . . 228
Bil. 1b *Tandhälsovårdsklinik på försäkringsbolaget Skandia i Göteborg* 231
Bil. 1c *Tandkliniken på Götaverken* 234
Bil. 1d *Tandkliniken på SKF i Göteborg* 236

Till 1981-09-28
1978 års tandvårdsutredning

Mål och metoder inom vuxentandvården

Den av tandvårdsutredningen tillsatta arbetsgruppen för närmare studium av möjligheterna att genom förebyggande åtgärder förbättra tandvårdssituationen för vuxna i landet, profylaxgruppen, är nu klar med sitt uppdrag och överlämnar rapporten Mål och metoder inom vuxentandvården. Det uppdrag vi fått anser vi oss därmed ha fullgjort.

Vi är eniga om förslagen i rapporten.

Jan Malmqvist

Marianne Appelkvist Erling Böhlin Gunnar Högberg

Sven Kalén Bertil Karlsson Ulf Kewenter

Britt Liwf Arvo Marits Göran Tollskog

/Lena Fogelström

Inledning

Direktiv m m

Arbetsgruppens sammansättning

Vid sammanträde den 14 januari 1980 beslöt 1978 års tandvårdsutredning tillsätta en arbetsgrupp för närmare studium av möjligheterna att genom förebyggande åtgärder förbättra vårdsituationen för vuxna i landet. Gruppens uppgift skulle bl a vara att lämna kommittén underlag för förslag till åtgärder som medför att den vuxna befolkningen får ökad möjlighet till profylax utan att den reparativa vården därigenom eftersätts. Det uppdrogs åt ordföranden och sekretariatet att tillsätta arbetsgruppen.

Arbetsgruppen har fått följande sammansättning:

tandläkare Jan Malmqvist, TU 78, ordförande
tandläkare Erling Böhlin, socialstyrelsen
byråchef Arvo Marits, riksförsäkringsverket
tandvårdschef Göran Tollskog, Karlstad, med
tandvårdschef Bertil Karlsson, Kristianstad, som ersättare
tandläkare Ulf Kewenter, Göteborg, med
tandläkare Sven Kalén, Härnösand, som ersättare
tandhygienist Britt Liwf, Stockholm
tandsköterskan Marianne Appelkvist, Stockholm
avdelningschef Gunnar Högberg, TU 78

Utbildningskonsult Lena Fogelström, Spri-Konsult AB, har varit gruppens sekreterare.

Övertandläkare Hans Sundberg har sammanställt det material avseende företagstandvården som vi redovisar i bilagorna 1a–1d.

Arbetsgruppens direktiv från TU 78

Av promemoria som förelades kommittén vid sammanträde den 14 januari 1980 framgår gruppens arbetsuppgifter. Gruppens uppgifter är sålunda

att formulera ett förslag till viljeinriktning för tandvårdens utveckling;
att redovisa de erfarenheter som gjorts vid olika försök beträffande möjligheterna att på längre sikt minska den reparativa vården genom en ökad satsning på förebyggande vård dels för barn och ungdom, dels för vuxna;
att lämna förslag till hur organiserad förebyggande vård skall kunna ges till vuxna;
att lämna förslag till hur förbättrad information om profylax skall utformas och spridas till tandvårdspersonal och allmänhet;
att föreslå åtgärder för att få privatpraktiserande tandläkare att i ökad utsträckning ägna sig åt profylax;
att i övrigt utarbeta de förslag som gruppen finner angeläget att kommittén för fram.

Tolkning av direktiven

Vid genomgång av direktiven har vi funnit att den femte att-satsen kommit att bli alltför snävt formulerad. Vi menar att det inte endast är de privatpraktiserande tandläkarna som behöver bli föremål för åtgärder som ökar deras möjlighet och intresse att utföra profylax. Åtgärder för att förbättra intresset för förebyggande tandvård bör riktas mot tandvårdspersonalen i sin helhet.

1 Sammanfattning

De två dominerande tandsjukdomarna karies och parodontit (tandröta och tandlossning) kan i stor utsträckning förebyggas. Vi redovisar utvärderingar av den tandhälsovård som idag ges inom ramen för den organiserade barn- och ungdomstandvården. Effekterna på tandhälsan är enligt dessa utvärderingar avsevärda och innebär betydande hälsomässiga och samhällsekonomiska vinster.

Vi redogör också för genomförda och pågående försök med tandhälsovård till vuxna och visar att dessa entydigt pekar på att konsekventa satsningar på profylax leder till ökad tandhälsa i befolkningen och är lönsamma. Forskningen har också visat att enbart reparativ tandvård inte är en framkomlig väg till målet tandhälsa. Från bl a dessa utgångspunkter formulerar vi, i enlighet med vårt uppdrag, en viljeinriktning för den framtida vuxentandvården:

För att inom ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme inrikta tandvårdsresurserna mot målet tandhälsa i hela befolkningen bör tandvårdsresurserna omfördelas så att förebyggande tandvård kan erbjudas alla vuxna.

Vi hävdar sålunda att en utökning av den förebyggande tandvården är angelägen med hänsyn till den hälsovinst som kan förväntas och den ekonomiska lönsamheten för såväl samhälle som individ. En utveckling mot ökade förebyggande insatser för de vuxna sker redan, men vi menar att den sker för långsamt sett i relation till önskvärda och möjliga hälsovinster. Särskilda åtgärder måste komma till för att omfördelningen av tandvårdsresurserna skall kunna ske snabbare. De förslag vi lägger fram utgör försök att forma en plan för förverkligandet av viljeinriktningen.

Omfördelningen ställer krav på prioriteringar i en rad avseenden. Prioriteringar och genomförandet av sådana underlättas väsentligt om detta kan ske i en enhetlig organisation. Vi anser det därför viktigt att den samverkan som nu finns mellan folktandvård och privattandvård utvecklas och ges en fastare organisatorisk form. Detta behandlar vi i avsnitt 8.

Vi anser det nödvändigt att tandsjukvård och tandhälsovård ges samordnat för att bestående tandhälsoeffekter skall uppstå. Det innebär att viss tandläkartid måste tas i anspråk för tandhälsovård till vuxna. Tandläkarnas tid bör emellertid i första hand användas för uppgifter som bara tandläkare har kompetens att utföra. Vi anser därför att så stor del av tandhälsovården som möjligt bör utföras av profylaxpersonal. Tandläkarnas medverkan bör begränsas till vad som åligger dem som vårdansvariga eller kräver deras specifika kompetens.

Kopplingen mellan tandsjukvård och tandhälsovård vill vi stimulera genom utformandet av behandlingsprogram. Programmen skall bl a ange hur tandsjukvård och tandhälsovård integreras och visa hur tandvården kan anpassas till resurstillgången. Enligt det förslag vi lägger fram i avsnitt 9 skall behandlingsprogrammen utformas lokalt men inom ramar som fastlagts i centrala behandlingsprogram. Behandlingsprogrammen rymmer möjligheter att i allt högre grad inrikta vården mot att ge hela den vuxna befolkningen tillgång till tandhälsovård.

Det krav på att ge tandhälsovård till vuxna som behandlingsprogram innebär bör enligt vår uppfattning kombineras med ett krav på mesta möjliga delegering till profylaxpersonal. Genomförandet av den satsning på tandhälsovård som vi syftar till ställer sålunda stora krav på att tandhygienister och tandsköterskor finns tillgängliga och kan svara för större delen av tandhälsovården. Så är inte fallet idag. För att förbättra förutsättningarna att inom privattandvård och folktandvård ge förebyggande tandvård redan nu föreslår vi i avsnitt 10 att de två tandvårdssektorerna samordnar sina personalresurser inom tandhälsovården.

För att förbättra förhållandena på sikt föreslår vi att fler tandhygienister och tandsköterskor utbildas. Detta tar vi upp i avsnitt 12.3. Vi finner också från våra utgångspunkter motiv för att begränsa tandläkarutbildningen. En begränsning av tandläkarutbildningen skulle – under förutsättning att den kombinerades med utökad tandsköterskeutbildning – relativt snart ge en för tandhälsovården gynnsammare relation mellan tandläkare och profylaxpersonal.

Med utgångspunkt från HSU:s förslag om att landstingen skall ha planeringsansvar för hälso- och sjukvården presenterar vi i avsnitt 11 två modeller för hur folktandvård och privattandvård i formaliserad samverkan skall kunna erbjuda tandvård till den vuxna befolkningen. Vi anser att utbyggnaden av vuxentandvården i första hand skall utgå från att de tandhälsovinster som uppnåtts i den organiserade barn- och ungdomstandvården skall tillvaratas. Vi föreslår att landstingen tillsammans med privattandläkarna satsar på att erbjuda ungdomar som lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården fortsatt regelbunden tandvård d v s återkallar dem som 20-, 21-åringar o s v. Vi menar att man på längre sikt och i takt med att ytterligare resurser tillkommer skall kunna erbjuda även andra åldersgrupper sådan systematiserad tandvård, varvid båda de föreslagna modellerna är tillämpliga.

De förebyggande åtgärderna kan till stor del utföras av individen själv. Från tandvårdspersonalens sida krävs dock stödjande och kompletterande insatser. Vi föreslår i avsnitt 12.4 att efterutbildningen av tandvårdspersonal prioriterar "informationskunskap" så att personalens förmåga att påverka attityder till tandvård förbättras. Patientens medverkan i tandhälsovården ser vi nämligen som en i hög grad utvecklingsbar resurs. Det är därför angeläget att tandvårdspersonalen är väl skickad att stimulera patienterna att ta eget ansvar för sin tandhälsa.

Tandvårdstaxans utformning påverkar såväl tandvårdsefterfrågan som tandvårdsutbudet. Vi anser att tandvårdstaxan skall vara utformad så att den stimulerar utvecklingen av tandhälsovården.

Vissa större företag har utökat sin företagshälsovård till att även omfatta

viss tandvård, huvudsakligen förebyggande vård. I avsnitt 2 och i bilagorna 1a–1d redovisar vi fyra försök med företagstandvård. Vi finner dessa försök intressanta då de visar nya vägar att påverka människors inställning till tandhälsa och att finna praktiska lösningar som kan vara tilltalande för den enskilde.

2 Tandhälsovård – resultat och praktisk tillämpning

2.1 *Tandhälsovårdens odontologiska effekter och lönsamhet*

2.1.1 Tandhälsovårdens odontologiska effekter m. m.

Förebyggande tandvård (odontologisk profylax) tar framför allt sikte på att förhindra uppkomsten av de båda vanligaste tandsjukdomarna karies (tandröta, hål i tänderna) och parodontit (tandlossning) men också att efter utförd tandvård hindra dem att återkomma (recidivprofylax). Karies och parodontit drabbar praktiskt taget hela befolkningen. Båda tandsjukdomarna debuterar tidigt även om man med en grov schematisering kan säga, att tandförluster i yngre år förorsakas av karies medan parodontiten förorsakar de flesta tandförlusterna hos vuxna.

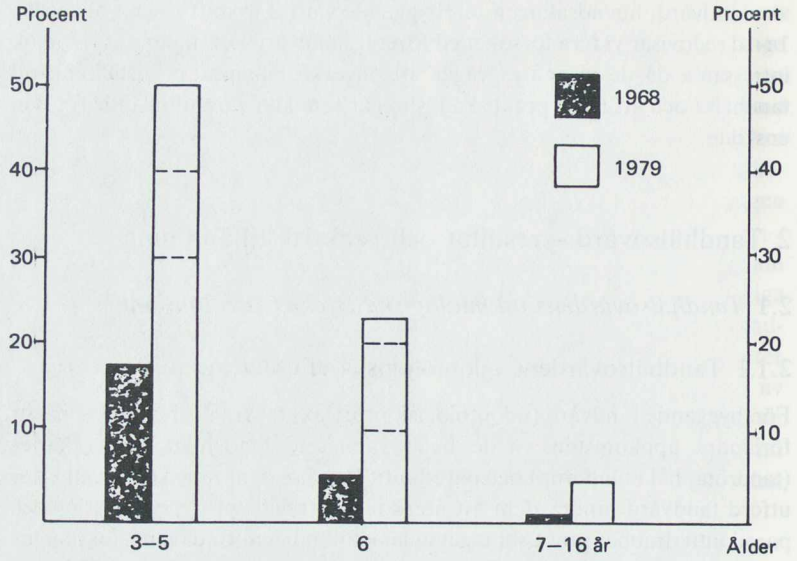
Karies

Karies är en sjukdom som angriper tandens hårdvävnader, emalj och dentin. För att karies skall uppkomma måste både bakterier och substrat (näring) förekomma som en beläggning (plack) på tandytan. Det substrat, som bakterierna oundgängligen behöver för att ge upphov till karies är framför allt det vanliga sockret, rörsockret. Sockret är sålunda huvudorsaken till den stora utbredningen av karies i våra dagar.

I en rapport från WHO 1975 sägs att karies fortfarande är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos människan. Samma år uppvisade ca 50 % av 4-åringarna i vårt land karies i en eller flera tänder. Motsvarande andel för 16-åringarna var 98 %.

Av fig. 1 framgår dock att andelen *kariesfria barn* av de barn som fått fullständig behandling ökat under perioden 1968–1979.

Epidemiologiska undersökningar, dvs. undersökningar för att påvisa och mäta sjukdomars utbredning och omfång i en befolkning, visar att karies ökar snabbt i de flesta av utvecklingsländerna där förekomsten tidigare varit låg i jämförelse med i industriländerna. Sverige har – tillsammans med övriga skandinaviska länder – den högsta kariesfrekvensen i världen, beroende till stor del på våra kariesframkallande kostvanor. Som visats i fig. 1 har dock utvecklingen i Sverige vänt. Antalet kariesfria barn ökar. Liknande utveckling har noterats i andra industriländer.



Figur 1 Procentuell andel kariesfria barn av fullständigt behandlade[1] år 1968 resp. 1979. Fördelning efter patientens ålder.

Tandlossning

Efter 40-årsåldern torde de flesta tandförlusterna förorsakas av parodontit. Det är ett sjukdomstillstånd som kännetecknas av inflammation i parodontiet, dvs. tandens stödjevävnader (tandkött, rothinna, rotcement och käkben). Parodontit orsakas av bakteriebeläggningar, s. k. plack, som ansamlas på tänderna i anslutning till tandköttskanten. Om placket inte avlägsnas kan i vissa fall tandsten bildas genom inlagring av mineralsalter i plackets djupaste delar.

Epidemiologiska undersökningar som visar utbredning och grad av parodontit (t. ex. omfattning av stödjevävnadsförlust) har gjorts såväl i Sverige som utomlands. Undersökningar på barn och ungdom har sålunda visat att redan 3–10 % av 3-åringar uppvisar de första tecknen på tandköttsinflammation (gingivit), att 60–100 % av alla 7-åringar i Sverige har gingivit och att många 15-åringar har börjat förlora tandfäste på grund av parodontit. I de vuxna åldersgrupperna uppvisar 80–100 % av befolkningen symtom på parodontit av varierande svårighetsgrad.

Den förebyggande tandvård som har utvecklats med ledning av klarlagda uppkomstmekanismer för karies och tandlossning har som ändamål att minska eller helt förhindra såväl skador på tänderna som rena tandförluster. Eftersom tandskador respektive för tidiga tandförluster är faktorer som försämrar situationen vid andra tandsjukdomar, exempelvis bettfunktionsstörningar, har förebyggande tandvård, som den beskrivs i det följande, stor betydelse när det gäller att lindra verkningarna också av sådana tandsjukdomar.

[1] År 1968 resp. 1979 erhöll 13 resp. 67 procent av 3–5-åringarna, 53 resp. 84 procent av 6-åringarna och 78 resp. 86 procent av 7–16-åringarna fullständig behandling. Källa: Årlig rapport från huvudmännen till socialstyrelsen.

Förebyggande åtgärder

Tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom

Den odontologiska forskningen har i huvudsak klarlagt orsakerna till folksjukdomarna karies och parodontit. Genom att omsätta dessa kunskaper till systematiska praktiskt–kliniska förebyggande rutiner har tandsjukdomarnas utbredning och intensitet effektivt kunnat minskas. Detta har främst skett inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård där man sedan många år bedriver kollektiv tandhälsovård, dvs. systematiserad profylax till grupper av patienter. De program som används inom folktandvården för kollektiva, och individuella förebyggande åtgärder baseras på fyra faktorer – sjukdomsinformation, kostrådgivning, munhygien och användning av fluor.

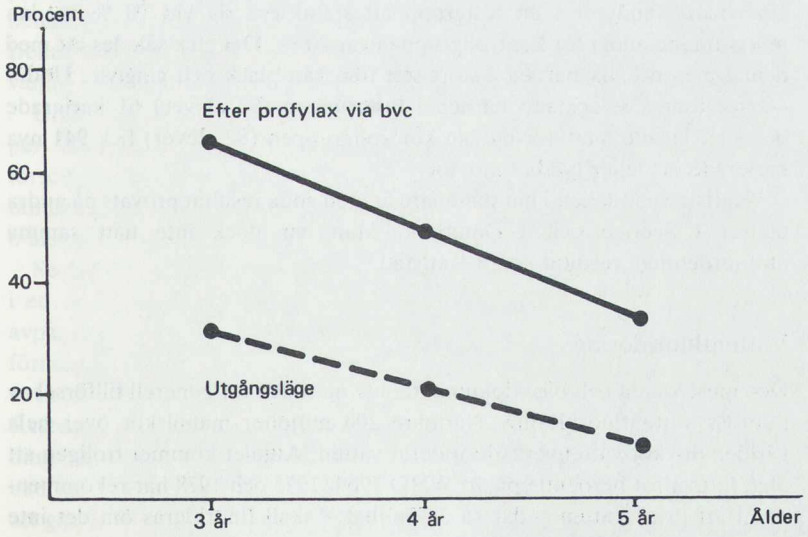
Socialstyrelsen presenterade 1978 ett tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom som i stort sett är uppbyggt på dessa fyra faktorer. Programmet, som har formen av ett ramförslag, beskrivs närmare i avsnitt 2.2.1.

1978 presenterade socialstyrelsen även grundläggande anvisningar i tandhälsovård för handikappade barn, ungdomar och yngre vuxna.

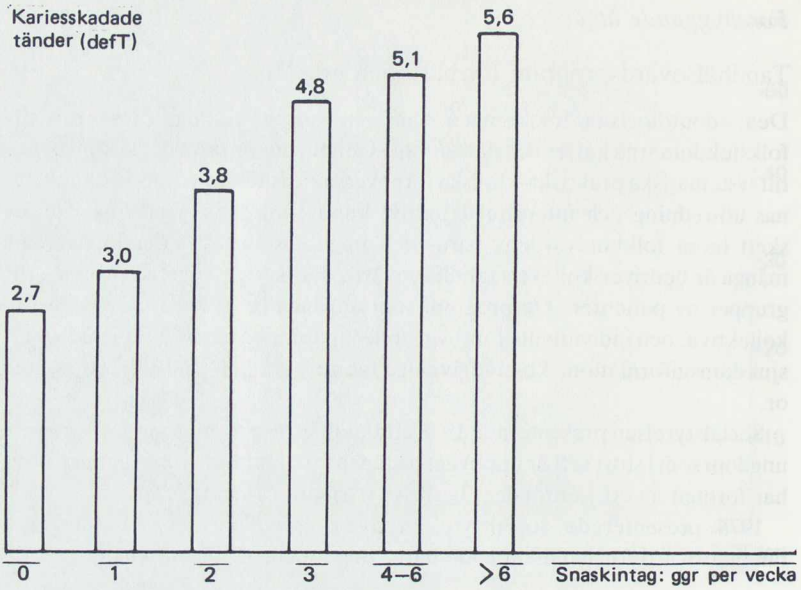
Resultat av tandhälsovård för barn- och ungdom

Tandhälsovården för barn- och ungdom innefattar kollektiva och individuella insatser. Effekten av denna tandhälsovård har blivit en sänkt kariesfrekvens, vilket bl. a. bidragit till att behandlingstiderna successivt minskat i dessa grupper.

Tandhälsovårdens effekter kan också beskrivas på andra sätt. I bl. a. Kronobergs län har man undersökt *resultatet av odontologisk rådgivning på barnavårdscentraler.* Denna rådgivning har – förutom information om kost och munhygien – innefattat förskrivning av fluortabletter till barnen. Som framgår av fig. 2 har denna verksamhet medfört en avsevärd förbättring av förskolebarnens kariessituation.



Figur 2 Procentuell andel kariesfria barn i åldern 3, 4 och 5 år före införandet av odontologisk rådgivning vid barnavårdscentral i Växjö 1973 och andelen efter åtta års sådan verksamhet. (Forsman: Tandhälsovård – resultat och möjligheter i ett landstingsområde. Tandläkartidningen 1975:1.)



Figur 3 Samband mellan kariesskadade tänder hos fyraåringar i Göteborg och snaskintag per vecka (Torell och Carlgren: Lördagsgott; Tandläkartidningen 19:76).

Odontologisk rådgivning vid barnavårdscentral är en av förklaringarna till den förbättrade tandhälsosituation som visats i fig. 1.

Resultat av kostinformation har beskrivits från olika håll. Kostens betydelse för tandhälsan belyses t. ex. i en undersökning av tandhälsotillståndet hos fyraåringar i Göteborg. Undersökningen åtföljdes av enkäter beträffande barnens kostvanor. Som väntat kunde det dokumenteras att hög sötsakskonsumtion innebär stor risk för karies (fig. 3).

I Karlstad har man inom folktandvården undersökt om karies och gingivit på skolbarn kan förhindras med regelbunden s. k. *professionell tandrengöring* (rengöring utförd av tandvårdspersonal) och repeterad munhygienisk instruktion.

Under den fyra år långa försöksperioden kom antalet plack- och gingivitfria tandytor i en testgrupp att stabilisera sig vid 70 % medan motsvarande andel för kontrollgruppen var 20 %. Det gick således att med denna metod hålla barnen i stort sett fria från plack och gingivit. Under 4-årsperioden utvecklade barnen i testgruppen (92 elever) 61 karierade och/eller lagade tandytor medan kontrollgruppen (82 elever) fick 941 nya karierade och/eller fyllda tandytor.

"Karlstadsmodellen" har på senare år med goda resultat provats på andra platser i Sverige och i Danmark. Man har dock inte nått samma utomordentliga resultat som i Karlstad.

Vattenfluoridering

Den mest kända och bäst dokumenterade metoden för generell tillförsel av fluor är vattenfluoridering. Närmare 200 miljoner människor över hela världen dricker vattenverksfluoriderat vatten. Antalet kommer troligen att öka, inte minst beroende på att WHO 1969, 1975 och 1978 har rekommenderat att dricksvatten – där så är möjligt – skall fluorideras om det inte

naturligt har en från kariesprofylaktisk synpunkt önskvärd fluorhalt.

1977 tillsatte regeringen en beredning med uppdrag att föreslå åtgärder för användning av fluor i kariesförebyggande syfte. Den skulle ägna särskild uppmärksamhet åt möjligheten att tillsätta fluor i dricksvattnet. Beredningen avlämnade i juni 1981 sitt betänkande "Fluor i kariesförebyggande syfte" (SOU 1981:32).

I en offentlig rapport till fluorberedningen "Lönar det sig att tillsätta fluor i dricksvattnet?" SOU 1980:13, har docent Ernst Johnsson gjort en samhällsekonomisk utvärdering för perioden 1981–2025. Se vidare avsnitt 2.1.3.

Individuell profylax för vuxna

Den vuxna befolkningen erhåller profylax vid tandläkarbesök. Detta gäller både hos privattandläkare och i folktandvården. Kostråd, information och instruktion i munhygieniska åtgärder, depuration, (tandstensskrapning) och puts av fyllningar torde vara den vanligaste formen av profylax för den vuxna patienten.

Socialstyrelsen har som tidigare nämnts presenterat ett tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom. Ett motsvarande program för vuxna har utarbetats. Avsikten med programmet, som skall tillämpas av alla tandläkare förutsatt att de inte redan har längre gående profylaxprogram, är att stimulera och underlätta tandhälsovårdsinsatserna för vuxna. I avsnitt 2.2.2 redogör vi kortfattat för detta vuxenprogram. Ett liknande program för tandhälsovård till handikappade vuxna är under utarbetande.

Att en intensifierad profylax kan hejda både karies- och parodontitsjukdomen hos vuxna har bl. a. visats vid ett försök inom en privattandläkaremottagning i Karlstad. Ca 300 vuxna patienter erhöll information om och instruktion i munhygien, fick tandsten avlägsnad samt tänder och fyllningar putsade och polerade. Under de två första åren genomfördes denna behandling sex gånger per år och fortsättningsvis fyra gånger per år. Behandlingen utfördes av tandhygienist. Kontrollpatienterna fick enbart vanlig tandbehandling en till två gånger per år.

Under sex år utvecklade försöksgruppen i genomsnitt 0,2 kariesangrepp per individ jämfört med kontrollgruppens 14 angrepp per individ. I försöksgruppen bibehölls tandfästet på ursprunglig nivå, vilket betyder att tandlossningen kunnat hejdas helt. I kontrollgruppen förlorades under 6-årsperioden i genomsnitt 1,3 mm tandfäste per individ.

Sedan 6-årsundersökningen slutförts (1978) överfördes försökspatienterna i en reviderad behandlingsmodell. Behandlingsintervallen förlängdes och avpassades individuellt efter patientens behov bl. a. utifrån den egna förmågan att sköta tänderna.

Ca 75 % av patienterna besöker numera tandhygienist en gång per år. Resterande 25 % erhåller hygienistbehandling 2–4 gånger per år. Undersökning utförs av tandläkare i genomsnitt vartannat år. En preliminär bedömning visar fortsatt bibehållen god tandhälsa. En utvärdering kommer att göras 1982 i form av cost-benefitanalys (10 års resultat).

Företagstandvård

Kockums Varv i Malmö har ungefär 5 000 anställda – 3 500 kollektivanställda och resten tjänstemän.

Två undersökningar av tandtillståndet hos anställda vid varvet visade, att den traditionella typen av tandvård med en reparativ inriktning inte syntes kunna förhindra en försämring av tandhälsotillståndet. Delvis som en följd härav öppnades år 1973 en tandklinik på varvet. De fynd man hade gjort i samband med tandundersökningarna ledde till att kliniken fick en profylaxtisk inriktning redan från början.

Klinikens personal består av 3 tandläkare, 1 receptionist, 2 tandhygienister och 6 tandsköterskor. Tandsköterskorna är profylaxutbildade och alternerar mellan att assistera och att meddela profylaxbehandling. Kliniken erbjuder akuttandvård samt en revisionstandvård med starkt poängterat profylaxinslag.

Samtliga patienter undersöks av tandläkare en gång per år och får då den tandläkarbehandling som behövs. Dessemellan följer patienterna ett program för recidivprofylax med kontroll hos tandhygienist eller tandsköterska var 3:e månad. Besöket tar 30 minuter och omfattar professionell tandrengöring och erforderlig instruktion i munhygieniska åtgärder. Det har visat sig att flertalet av de patienter, som tidigare haft tillgång till tandläkare, önskat få hela sin tandvård utförd vid kliniken.

En utvärdering av den hittillsvarande verksamheten presenterades i december 1979 i form av en doktorsavhandling (Göran Söderholm, 1979). Vid jämförelser med förhållandet innan patienterna började på kliniken visade det sig att tandvårdsprogrammet efter 3–4 års verksamhet lett fram till

- förbättrad munhygien
- minskad förekomst av tandsten
- förhindrad fortsatt nedbrytning av tändernas benfästen
- minskat antal nya kariesskador och
- minskat antal tandförluster

Verksamheten beskrivs närmare i bilaga 1 a.

Vid företaget Skandia i Göteborg startades våren 1977 ett försök med information om tandhälsovård för företagets personal. Verksamheten har skett med hjälp av s. k. tandskyddsombud. Personalen utsåg inom sig 18 sådana tandskyddsombud, vilka sedan fick 6 timmars utbildning i orsakerna till karies och parodontit samt hur dessa sjukdomar kan förebyggas. Utbildning av ombuden skedde vid odontologiska fakulteten i Göteborg. Varje tandskyddsombud gav sedan på arbetsplatsen tandhälsoinformation för grupper om 6 till 8 personer. Intresset hos personal och företagsledning blev så stort, att en speciell tandhälsovårdsklinik inrättades. Vid denna arbetar tandhygienist och profylaxtandsköterska under överinseende av tandläkare.

De anställda får först en inledande behandling hos tandhygienist. Därefter undersöks de av tandläkare och får eventuell operativ behandling för tandlossning. De återkallas för kontroller hos tandhygienist eller tandsköterska med individuellt avpassade intervaller – normalt 3 gånger per år.

Kliniken har i dag merparten av företagets anställda registrerade som patienter. Avsikten är att kliniken i första hand skall syssla med förebyggande tandvård, varför 3/4 av patienterna också har kvar sina tidigare privata tandläkare. Tandskyddsombudens uppgifter har helt övertagits av kliniken.

Hittills genomförda uppföljningar tyder på att verksamheten vid kliniken under ca 2 år medverkat till en klart förbättrad tandhälsa hos de anställda. Verksamheten beskrivs närmare i bilaga 1 b. I bilaga 1 c och 1 d beskrivs företagstandvården på Götaverken och på SKF i Göteborg.

2.1.2 Ekonomiska aspekter på förebyggande tandvård

Tandvårdspersonalsutredningen (TPU) skriver i sin diskussionspromemoria "Planering för framtidens tandvård" (1979) att kostnaderna för tandvård i Sverige är svåra att ange, bl. a. för att det saknas en allmänt accepterad bedömning av vad som skall räknas in i kostnaderna. Av samma anledning är det svårt att beräkna kostnaderna för den förebyggande tandvården liksom de inbesparingar som ligger i ett minskat behov av reparativ tandvård. Ett fåtal relativt schablonmässiga beräkningar har dock gjorts.

Redan under 60-talet fördes statistik över antalet gjorda fyllningar per barn. I Norrbottens landsting beräknades antalet inbesparade fyllningar under perioden 1964–1971 till 285 400. Varje fyllning kostnadsberäknades till 35 kronor, vilket gav en bruttovinst på 10 miljoner kronor under perioden. Kostnaden för den kollektiva fluorprofylaxen under samma tid var 2,5 miljoner kronor. Det sjunkande antalet gjorda fyllningar per barn tillskrevs huvudsakligen den profylaktiska verksamheten.

Övertandläkare Per Axelsson redovisar i Socialmedicinsk tidskrift nr 10/1977 vissa räkneexempel som utfördes i samband med den tidigare beskrivna försöksverksamheten i Karlstad. De sammanlagda tandvårdskostnaderna per barn och år i testgrupperna var under de två sista försöksåren ca 140 kronor medan de i kontrollgrupperna, som enbart fick övervakad fluortandborstning en gång per månad[1] och konventionell tandbehandling, var ca 330 kronor. Därtill skall enligt Axelsson "läggas förmånen hos barnen i testgrupperna att slippa obehagliga tandreparationer och framtida tandlossning".

Tandläkare Björn Klock har i en 2-årsstudie på 655 barn visat bl. a. att kariesaktiviteten hos riskpatienter kan minskas radikalt med en adekvat profylax. Dessutom visar han att en profylaxinriktad tandvårdsklinik var väsentligt billigare att driva än en konventionell klinik.

Vid Odontologiska Institutionen i Jönköping pågår f. n. en studie av effekten av olika åtgärdsprogram mot karies och parodontit hos unga vuxna. Man ämnar göra en cost-benefitanalys vars resultat kan väntas under år 1982.

För beräkningar av den typ som redovisats ovan krävs kontinuerliga utvärderingar av de olika behandlingsmetoder som används. Det är därför naturligt att de hittills gjorda kostnads- och vinstberäkningarna gäller folktandvården och avser den tandvård som ges till barn och ungdom. Att f. n. göra liknande beräkningar av den förebyggande tandvårdens betydelse inom vuxentandvården erbjuder stora svårigheter.

[1] Sådant program tillämpas ej längre någonstans i landet. Vanligen sker sköljning med fluorlösning en gång i veckan eller var fjortonde dag.

2.1.3 Samhällsekonomiska aspekter på tandhälsovård

Nationalekonomen, docent Ernst Jonsson, Stockholm, har på fluorberedningens (S 1977:13) uppdrag studerat vilka samhällsekonomiska vinster man kan förvänta om man inför vattenfluoridering i vårt land. Han har redovisat sitt arbete i rapporten "Lönar det sig att tillsätta fluor i dricksvattent?" – En samhällsekonomisk utvärdering av perioden 1981–2025 (SOU 1980:13).

Jonsson konstaterar att vattenfluoridering har en betydligt större karies-förebyggande effekt än hittills utförd förebyggande tandvård (huvudsakligen fluorbehandling). I förhållande till nuläget skulle en vattenfluoridering innebära att

- karies i mjölktänderna minskar med ca 35 %
- karies i permanenta tänder minskar med nära 40 % i skolåldern och med ca 25 % i vuxen ålder
- kariesangreppen minskar med sammanlagt 30 % under individens livstid.

Enligt de beräkningar som Jonsson utfört skulle en introduktion av vattenfluoridering i Sverige 1981 ge en nettointäkt till år 2025 på omkring två miljarder eller ca 165 milj. kronor per år, räknat i 1979 års penningvärde. Att märka är att i kalkylen endast är medräknade vinsterna för dem som erhåller fluorhaltigt vatten från tandbildningsperioden. I praktiken skulle alltså nettointäkten bli ännu större emedan vattenfluoridering även har gynnsamma effekter hos individer vars tandbildning skett före 1981.

Fluoridering av samtliga kommunala vattenverk, vilka tillsammans når ca 80 % av befolkningen, skulle ge en intäkt på fyra kronor per satsad krona eller totalt ca 165 milj. kronor per år. Om bara de 200 största vattenverken tillsätter fluor får man en avkastning som är 16 gånger insatsen. Trots att man i det senare fallet bara når 62,5 % av befolkningen blir den sammanlagda vinsten nästan lika stor som när samtliga vattenverk medtas eller ca 160 milj. kronor per år.

Beräkningar avseende hittillsvarande kollektiva och individuella fluorprofylax, som främst omfattar barn och ungdom, visar också lönsamhet. Ernst Jonsson har uppskattat vinsten till 1:80 per satsad krona.

2.2 *Socialstyrelsens föreskrifter, råd och anvisningar rörande vårdinnehåll och vårdformer*

2.2.1 Tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom

I april 1978 presenterade socialstyrelsen ett tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom. Programmet var utformat som ett ramförslag avsett att innehållsmässigt kunna modifieras av folktandvårdens huvudmän med hänsyn till skilda ekonomiska och personella resurser samt specifika organisatoriska förhållanden. (Tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom – Socialstyrelsen redovisar 1978:3).

Programmet hade – i sin helhet eller i väsentliga delar – prövats i några huvudmannaområden under lång tid och där visat sig vara genomförbart och ge goda resultat.

Tandhälsovårdsprogrammet för barn och ungdom baseras på de faktorer som är väsentligast vid förebyggandet av karies och tandköttsinflammation, dvs. sjukdomsinformation, kostinformation, munhygieninstruktion och användning av fluor. Det består av två delprogram.

1. Ett *basprogram* som ges till alla.
2. Ett *tilläggsprogram* som ges till individer vilka trots basprogrammet har en hög tandsjukdomsaktivitet.

Basprogrammet avser att allmänt dämpa tandsjukdomsaktiviteten hos individen. Målet är att alla skall känna till hur tandsjukdomarna uppstår och hur de förebyggs. Detta innebär bl. a. att alla skall öva in en effektiv tandrengöringsteknik. Information och instruktion ges för de yngsta åldersgrupperna i första hand till vårdnadshavarna. Tandhälsovårdsupplysningen inkluderar kosträdgivning. Munhygieninstruktion ges under hela grundskoletiden två gånger per år. Den fluorprofylaktiska delen av basprogrammet bygger på generell tillförsel av fluor; tablettbehandling i förskoleåldern och kollektivt utförda fluormunsköljningar i skolåldern.

Grundläggande krav är att tandhälsovårdsupplysningen skall vara systematiskt genomförd och att de kollektiva åtgärderna rutinmässigt skall kompletteras med individuella åtgärder i samband med tandbehandling.

Tilläggsprogrammet är avsett för individer, som trots basprogrammet har en hög tandsjukdomsaktivitet. Socialstyrelsen anger i sitt förslag att basprogrammet bör vara så effektivt att endast ca 10 % av individerna i varje årsgrupp behöver tilläggsprogrammet.

Tilläggsprogrammet innebär i princip en individanpassad tillämpning av förebyggande metoder meddelade under en eller flera intensivperioder följda av kontroller.

För vissa barn med handikapp och särskilda tandvårdsbehov måste hela tandhälsovårdsprogrammet utformas individuellt. Anvisningar härom återfinns i ramförslaget Tandhälsovård för handikappade (Socialstyrelsen redovisar 1978:7).

För utvärdering av tandhälsovårdsprogrammets effekter krävs bl. a. registrering av tandsjukdomarnas förekomst i olika åldersgrupper. Tandhälsovårdsprogrammet för barn och ungdom är därför kompletterat med anvisningar för insamling av epidemiologiska data lämpade för statistiska sammanställningar. Socialstyrelsen vill härigenom skapa enhetliga normer för registrering av tandsjukdomar och effekter av vidtagna tandhälsovårdsåtgärder. Socialstyrelsen avser att genom sammanställning av sådana data komplettera huvudmännens egna sammanställningar med statistiska bearbetningar som underlag för planering av den organiserade tandvården.

2.2.2 Tandhälsovårdsprogram för vuxna (Ramvux)

Socialstyrelsen har även låtit utforma ett Tandhälsovårdsprogram för vuxna, 1981:2, i serien Socialstyrelsen anser. Programmet har karaktär av ramförslag och har kommit att kallas Ramvux. Ramvux innebär en principiell skydighet för tandläkarna att ge tandhälsovård till alla sina vuxna patienter. Givetvis måste dock de förebyggande insatserna anpassas till lokala förhållanden i fråga om exempelvis vårdresurser och vårdsituation. Tillämp-

ningen bygger på en undersökning av patientens tandhälsotillstånd, som skall utföras med erforderlig regelbundenhet. Ramvux inriktar sig både på att förebygga och att tidigt diagnosticera och orsaksbehandla tandsjukdomar. Målet är att hålla bettet fritt från karies och tandlossningssjukdom samt att uppmuntra individen till egna åtgärder och eget ansvar för sin tandhälsa.

Liksom ramprogrammet för barn- och ungdom består Ramvux av två delar, ett basprogram och ett tilläggsprogram. Tillämpningen beskrivs med avseende på karies resp. tandköttsinflammation/tandlossning. Vidare beskrivs diagnoskriterier och kriterier för bedömning av aktuell sjukdomsrisk.

Basprogrammet vill förebygga eller dämpa tandsjukdomarna och förhindra deras fortsatt utveckling. Det omfattar information, råd och åtgärder i samband med tandvård. Information och rådgivning kan delvis även meddelas genom kollektiv upplysningsverksamhet, vuxenutbildning eller undervisning på arbetsplatser.

Via basprogrammet får patienten sjukdomsinformation, kostinformation, munhygieninstruktion samt anvisningar för fluorprofylax. Programmet skall ges till samtliga patienter.

Tilläggsprogrammet omfattar, utöver basprogrammet, kompletterande åtgärder valda med ledning av kliniska iakttagelser. Programmet förutsätter att en orsaksutredning genomförts. Åtgärder som kan komma ifråga är t. ex. professionell tandrengöring, avlägsnandet av tandsten, särskilda fluorprogram, instruktion för speciell munhygienrutin. I programmet ingår alltid instruktioner av metoder som patienten själv kan använda för kontroll av utförd munhygien.

Viktiga inslag i tilläggsprogrammet är dels den motiverande informationen till patienten, dels de återkommande kontrollerna av patientens sjukdomstillstånd och av hans förmåga att följa givna instruktioner.

Ramförslaget avslutas med en redogörelse för hur tandhälsovårdsprogram för vuxna kan utvärderas. Därvid noteras att vuxentandvård kommer att utföras inom såväl den offentliga som den privata tandvårdssektorn. Det kommer därför att saknas en enhetlig organisation motsvarande den för barn- och ungdomstandvården, inom vilken en effektmätning av tandhälsovårdsprogram kan utföras. Rörligheten på arbetsmarknaden, flyttningar o. s. v. innebär att det blir svårare för den enskilda tandläkaren att utföra omfattande effektmätningar. Sådana bör därför utföras av utomstående organisation (ansvarig myndighet, forskargrupp etc.) med uppgift att via epidemiologiska undersökningar mäta och värdera förändringar i befolkningens tandhälsotillstånd. Inom sin klinik kan dock tandläkaren följa enskilda patienter med avseende på sjukdomsförekomst och de tandhälsovårdande åtgärdernas effekt. Detta bör kunna ske genom noggranna registreringar i individuellt upprättad journal i enlighet med de kriterier som föreslagits i Ramvux.

3 Personalresurserna inom tandvården

3.1 *Tandvårdspersonalutredningen (TPU)*

Socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning (TPU) tillsattes 1975 med uppdrag att utreda den långsiktiga efterfrågan på tandvårdspersonal. Utredningen genomförde uppdraget i fyra delmoment.

1. Tillgångsprognoser för tandvårdspersonal
2. Den framtida tandvårdens inriktning och innehåll
3. Arbetsfördelningen inom tandvården och eventuellt behov av nya personalgrupper
4. Prognoser över framtida efterfrågan på tandvårdspersonal.

Momenten 1, 3 och 4 redovisades i rapportform, moment 2 i en diskussionspromemoria.

3.2 *Viljeinriktningen av tandvården*

Behovet av tandvårdspersonal bestäms bl. a. av hur denna resurs används. TPU utformade därför tidigt en diskussionspromemoria om den framtida tandvårdens inriktning och innehåll, "Planering för framtidens tandvård". I promemorian redovisas skäl för en ändrad inriktning av tandvården. TPU hävdar att om den nuvarande förekomsten hos nästan hela den vuxna befolkningen av tandsjukdomarna karies och parodontit radikalt skall kunna minska i framtiden behöver förebyggande åtgärder sättas in som är avsedda för alla vuxna. Denna ändrade viljeinriktning av tandvården bedömer utredningen som minst lika viktig som att tillskapa ökade resurser för tandvården. – Den remissbehandling som socialstyrelsen lät göra 1977 gav stöd för utredningens tankar att tandvården i framtiden bör vara starkt inriktad på att förebygga tandsjukdomar.

I sin slutrapport avlämnad i juni 1979 "Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal" (DsS 1979:9) anför TPU:

"I utredningens diskussionspromemoria om planering för framtidens tandvård framhöll utredningen nödvändigheten av en kraftfull satsning på de förebyggande åtgärderna vad gäller såväl hela befolkningen som tandvårdens patienter. Detta synsätt vann i stort sett remissinstansernas fulla instämmande även om en något avvaktande eller avvisande hållning kunde förmärkas vad gäller sådana generella åtgärder som vattenfluoridering, begränsning av sockerkonsumtionen etc. Utredningen anser sig därför stärkt i sin uppfattning att endast ökad satsning på förebyggande åtgärder kan förbättra det svenska folkets tandhälsa."

– – –

"Enligt utredningens mening måste detta innebära en framtida omfördelning av de vårdresurser som satsas på reparativ behandling resp. förebyggande åtgärder."

– – –

"Utredningens allmänna grundsyn om nödvändigheten att öka de förebyggande insatserna innebär inte att utredningen vill underskatta behovet av rent reparativa åtgärder. Det torde ta lång tid innan effekterna av profylaxen får full genomslagskraft samtidigt som den nuvarande vuxna befolkningen har ett av tandsjukdomar skadat bett. Det är dock utredningens uppfattning att omfattande restaureringar av skadade bett, vilka inte åtföljs av en kontinuerlig profylax, mycket snart kan leda fram till ett

förnyat behov av reparativ tandvård. En mycket kraftig tillväxt av tandläkarkåren, vars utbildning till stor del inriktas på reparativa uppgifter, kan i detta sammanhang t. o. m. försvåra en ökad satsning på de förebyggande åtgärderna."

Vi har med dessa citat ur slutrapporten velat ange några av grunderna för de överväganden och förslag som vi lägger fram med början i avsnitt 6.

3.3 *Arbetsfördelningen inom tandvården. TPU:s förslag till ökad delegering*

Antalet personalkategorier med behörighet inom den svenska tandvården är för närvarande fyra, nämligen tandhygienister, tandläkare, tandsköterskor och tandtekniker. Hygien- och profylaxtandsköterskor är vidareutbildade tandsköterskor. Hygientandsköterskorna får biträda tandläkaren med information om och instruktion i mynhygieniska åtgärder. Profylaxtandsköterskorna får därutöver arbeta med fluorprofylax och med polering av tänder på barn och ungdomar. – Vid sidan om den behöriga tandvårdspersonalen finns tandsköterskor och tandtekniker utan behörighetsbevis. Vidare finns s. k. fluorassistenter, receptionister, sterilbiträden och tandtekniska biträden.

TPU utgår från att tandvården i framtiden skall vara inriktad på tandhälsovård. "Från patientens synpunkt bör enligt utredningen arbetsfördelningen vara sådan att patienten behöver besöka så få typer av tandvårdspersonal som möjligt." TPU anför också att varje personalkategori bör koncentrera sitt arbete till uppgifter som den erhållit speciell utbildning för.

TPU förslår att såväl tandhygienister som tandsköterskor skall ges utvidgade arbetsuppgifter. Socialdepartementet lät remissbehandla förslagen i slutet av 1978. Remissinstanserna stödde TPU:s förslag.

I proposition till riksdagen i oktober 1979 (Prop. 1979/80:29) anförde föredragande statsrådet bl. a. följande:

"Jag finner det vara angeläget att en ökad satsning på förebyggande åtgärder och ett bättre utnyttjande av knappa tandvårdsresurser stimuleras. Mot denna bakgrund ansluter jag mig till utredningens förslag att genom en ändring i behörighetslagen skapa formella förutsättningar för en ökad delegering av arbetsuppgifter från tandläkare till tandhygienister och till olika kategorier av tandsköterskor."

Regeringen har senare bemyndigat socialstyrelsen att meddela föreskrifter om utbildning av den som skall biträda behörig utövare av tandläkaryrket och om i vilken utsträckning den som genomgått utbildningen får lämna sådant biträde. – Nya föreskrifter som ger tandhygienister och tandsköterskor utvidgade arbetsområden beräknas vara klara under år 1981.

3.4 *Framtida relationer mellan yrkeskårerna inom tandvården*

Från våra utgångspunkter är det främst utvecklingen av den inbördes storleksordningen mellan yrkesgrupperna tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor som är av intresse. Vi väljer därför att i detta avsnitt endast presentera tillgångsprognoser avseende *antal yrkesverksamma* för nämnda grupper samt prognoser beträffande *framtida relationer mellan dem*. För uppgifter om nuläget hänvisar vi till TU 78:s huvudbetänkande.

I sin slutrapport redovisade TPU prognoser för tandvårdspersonal vid olika antaganden om dimensioneringen av utbildningen för resp. grupper. Beträffande TPU:s olika antaganden i samband med prognosarbetet hänvisas till slutrapporten.

Beträffande *tandläkare* arbetade TPU fram två alternativa tillgångsprognoser: alternativ 1 utifrån antagandet om en oförändrad och konstant utbildningskapacitet av 500 platser per år samt alternativ 2 utifrån förslaget om en minskning av utbildningskapaciteten med 100 platser från och med 1981.

	År		
	1985	1990	2000
Prognos enligt alternativ 1			
Antal yrkesverksamma	10 225	11 550	14 000
Prognos enligt alternativ 2			
Antal yrkesverksamma	10 225	11 150	12 800

Frågan om hur många intagningsplatser till tandläkarstudier som skall finnas bereds f. n. på regeringens uppdrag av socialstyrelsen i samråd med bl. a. 1978 års tandvårdsutredning. Vi har inte ansett oss kunna avvakta resultatet av detta utredningsarbete.

Den framtida tillgången på *tandsköterskor* beräknades av TPU utifrån ett antagande om 1 200 utbildningsplatser per år.

	År		
	1985	1990	2000
Antal yrkesverksamma	14 600	16 650	19 600

Även frågan om tandsköterskeutbildningens dimensionering innefattades i regeringens ovannämnda uppdrag till socialstyrelsen och TU 78.

Då *tandhygienistkåren* är relativt ny saknas förutsättningar för en säker prognosticering. TPU utarbetade två alternativa prognoser där alternativ 1 utgick från en utbildningskapacitet av 200 elevplatser per år fr. o. m. läsåret 1980/81. I alternativ 2 utgick man från en successiv ökning av kapaciteten från 200 platser 1980 till 300 platser per år, fr. o. m. läsåret 1990/91.

	År			
	1980	1985	1990	2000
Prognos enligt alternativ 1				
Antal yrkesverksamma	670	1 500	2 350	3 900

Beräkningar enligt alternativ 2 visar att antalet yrkesverksamma tandhygienister år 2000 skulle ha ökat med ytterligare 1 200 jämfört med alternativ 1. Uppskattningar för år 1990 är beroende av hur snabbt utbildningskapaciteten ökar. Enligt TPU bör man dock kunna räkna med att antalet hygienister detta år är mellan 400 och 700 fler jämfört med alternativ 1.

Utifrån sina tillgångsprognoser för yrkesverksamma individer och med antagandet om 500 utbildningsplatser för tandläkare och 200 för tandhygienister beräknade TPU *den framtida relationen* mellan tandhygienister och tandläkare respektive tandsköterskor och tandläkare till följande.

	År		
	1985	1990	2000
Tandhygienister	0,15	0,20	0,28
Tandsköterskor	1,43	1,44	1,40

Enligt TPU:s tillgångsprognoser skulle, vid i stort sett oförändrad utbildningskapacitet, den yrkesverksamma tandvårdspersonalen (tandtekniker inberäknade) i stort sett fördubblas fram till år 2000 jämfört med dagsläget. Den inbördes storleksordningen mellan de fyra yrkeskategorierna skulle däremot förändras i mycket liten omfattning.

4 Vuxnas tillgång till tandvård och till profylax

De vuxna människornas – i detta sammanhang de som fyllt 20 år och äldre – möjligheter att erhålla tandvård bestäms främst av hur mycket tandvård som utförs men också av kostnaderna för vården. Fördelningen av vårdutbudet har stor betydelse exempelvis den regionala fördelningen, en fråga som har hög prioritet inom 1978 års tandvårdsutredning. Stor betydelse för möjligheterna att erhålla vård har också fördelningen av vården patienterna emellan samt mellan dem som får vård och dem som inte får vård.

Ett sätt att beskriva mängden utförd vård är att ange den i utförda tandläkartimmar totalt i riket. Enligt riksförsäkringsverkets statistik har antalet tandläkartimmar för vuxna endast ökat långsamt mellan år 1975 och år 1979. Etableringskontrollen har medfört att privattandvården under dessa år legat tämligen konstant strax över 6 miljoner tandläkartimmar medan folktandvårdens vuxentandvård växt från 1,5 miljoner tandläkartimmar 1975 till 1,8 miljoner 1979. Den genomsnittliga tandläkartätheten mätt som antal tandläkartimmar per försäkrad var 1,20 år 1975 och 1,25 år 1979.

Det är väl känt att stora skillnader i tandläkartäthet föreligger mellan de olika landstingsområdena. Beträffande den regionala fördelningen av tandläkartimmarna år 1979 hänvisar vi därför till TU 78:s huvudbetänkande.

Vi känner också till att TU 78 genomfört en enkät i avsikt att belysa resursfördelningen inom de olika landstingsområdena. Resultatet av denna enkät, som redovisas i huvudbetänkandet, visar att stora variationer i

tandläkartäthet också råder inom respektive landstingsområde.

Fördelningen av vården patienterna emellan kan belysas av hur medelbehandlingstiden per patient varierar mellan de olika landstingsområdena. Riksförsäkringsverket har tagit fram sådana uppgifter, vilka redovisas i nedanstående tabell. Uppgifterna avser år 1979. I tabellen har vidare tagits in uppgifter över andelen behandlade under år 1979 av samtliga försäkrade inom respektive landstingsområde. Tabellen belyser därigenom dels fördelningen av vården patienterna emellan, dels mellan dem som under ett år får vård och dem som inte får vård.

Försäkringskasseområde	Tandläkrtimmarper behandlad patient år 1979			Procentuella andelen behandlade patienter
	Privattandvård	Folktandvård	Totalt	
01 Stockholms läns	2,89	2,56	2,84	57,0
03 Uppsala läns	2,25	2,18	2,24	47,8
04 Södermanlands läns	2,13	2,00	2,10	53,0
05 Östergötlands läns	2,20	2,23	2,21	49,9
06 Jönköpings läns	2,16	1,82	2,06	55,6
07 Kronobergs läns	2,47	2,17	2,38	43,5
08 Kalmar läns	1,92	1,61	1,83	47,5
09 Gotlands läns	1,94	1,97	1,95	49,6
10 Blekinge läns	2,02	2,05	2,03	53,2
11 Kristianstads läns	2,52	2,20	2,43	55,5
12 Malmöhus	2,52	2,44	2,50	59,3
13 Hallands läns	2,25	2,14	2,23	57,0
14 Bohusläns	2,09	1,81	1,99	58,1
15 Älvsborgs läns	2,03	2,28	2,10	50,4
16 Skaraborgs läns	1,93	2,30	2,03	48,2
17 Värmlands läns	2,11	2,90	2,30	48,4
18 Örebro läns	1,93	2,20	1,99	54,0
19 Västmanlands läns	1,85	3,17	2,02	46,9
20 Kopparbergs läns	1,95	1,89	1,93	51,8
21 Gävleborgs läns	2,05	2,35	2,14	45,1
22 Västernorrlands läns	2,07	1,77	1,95	46,5
23 Jämtlands läns	2,57	2,26	2,44	40,9
24 Västerbottens läns	2,25	2,11	2,20	47,6
25 Norrbottens läns	2,02	2,20	2,11	39,5
34 Malmö	3,61	2,71	3,48	58,2
38 Göteborgs	3,36	2,59	3,26	56,4
Hela riket	2,48	2,26	2,43	51,8

Från våra utgångspunkter är framför allt *fördelningen mellan dem som får vård och dem som inte får vård* av intresse. Att 51,8 % av de försäkrade fått någon form av behandling under ett år framgår av tabellen. Behandlingen kan ha inskränkt sig till akuttandvård. Även i områden med mycket hög tandläkartäthet får – enligt tabellen – en inte obetydlig andel av den vuxna befolkningen ej tandvård under ett år. Vid värderingen av detta förhållande bör uppmärksammas att socialstyrelsen i cirkulär MF 1975:18 uttalat att den tid som bör förflyta mellan två revisioner bör bestämmas med hänsyn till den enskilde patientens tandvårdsbehov men att "som en allmän riktpunkt bör gälla ett revisionsintervall på ca 18 månader".

Säkra uppgifter på hur många som efterfrågar tandvård men inte kan få sådan inom rimlig tid saknas. Uppgifter om tandvårdsköer inhämtade under 70-talet får anses vara så inaktuella att de saknar intresse. Det ramavtal angående förmedling av patienter som landstingsförbundet och tandläkarförbundet träffat under år 1981 pekar på att efterfrågan på tandvård inte är tillgodosedd. Förmedlingen av patienter enligt detta avtal kan komma att ge intressant information om tillgång och efterfrågan på tandvård.

Genom den s. k. patientstatistiken har riksförsäkringsverket följt utvecklingen av *tandvårdens innehåll* efter införandet av tandvårdsförsäkringen. Andelen tid som tandläkare ägnar olika åtgärder i taxan skattas med hjälp av den andel som arvodet för åtgärden ifråga utgör av totalt utbetalat arvode under ett år. Uppgifter för åren 1974–1980 avseende andelen förebyggande åtgärder av totalt utförd vård visar att dessa utgjort mindre än 10 % av privattandläkarnas arbetstid. (Motsvarande uppgifter för folktandvården är mycket osäkra, varför de ej återges.) Beräkningsmetoden synes dock ha medfört en underskattning av andelen förebyggande åtgärder. Enligt TU 78:s arbetsstudie har nämligen andelen sådan vård uppmätts till 15 % inom privattandvården.

Av den tid tandläkare använder till förebyggande åtgärder ägnas ca 90 %[1] av tiden till åtgärd 28 Avlägsnande av tandsten, beläggningar och överskott samt polering, åtgärder som tandhygienister är särskilt utbildade för att kunna utföra. Ännu är dock antalet tandhygienister starkt begränsat. Den förebyggande vård som ges till vuxna av tandhygienister samt av tandsköterskor är nämligen, mätt i behandlingstimmar, av liten omfattning och regionalt ojämt fördelad.

5 Statens och landstingens ansvar

Socialstyrelsens framtida roll som planeringsorgan har belysts i propositionen om socialstyrelsens uppgifter och organisation m. m., prop. 1979/80:6.

I propositionen betonas de ekonomiska motiven för en ändamålsenlig planering. Det är socialstyrelsen som har det övergripande planerings- och samordningsansvaret men planeringen skall ske i samspel med landstingen. Landstingens framtida roll tar vi upp i det följande.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) avlämnade i oktober 1979 sitt betänkande Mål och medel för hälso- och sjukvården (SOU 1979:78).

Utredningen föreslår en ramlag för hälso- och sjukvården, till vilken även tandvården anses höra. Beträffande HSU:s förslag hänvisar vi till TU 78:s huvudbetänkande. Vi redovisar dock i det följande några för vårt arbete betydelsefulla ställningstaganden i HSU:s betänkande avseende landstingens framtida roll och inriktningen av hälso- och sjukvården.

Förslaget innebär att samhället ges ett övergripande ansvar för hela hälso- och sjukvården. För samordning av resurs- och vårdinsatser ger HSU landstingen en form av "totalansvar" för hälso- och sjukvården på länsnivå. Detta totalansvar innebär bl. a. att det ankommer på landstingen att

[1] Sannolikt en överskattning av denna åtgärd och motsvarande underskattning av åtgärder som avser information och instruktion i munhygien (åtgärderna 25 och 26).

- kartlägga befolkningens behov av hälso- och sjukvård
- arbeta förebyggande
- satsa på närvården
- se till att det finns tillräckliga vårdresurser.

I en totalplanering för hälso- och sjukvården skall landstingen samordna insatserna inom sitt område. De skall också medverka till en samordning för större områden när det behövs. Såväl landstingens egen verksamhet som andra vårdresurser inom länet skall ingå i planeringen. Det gäller bl. a. privata tandläkarmottagningar.

Lagförslaget lägger sålunda ett ansvar på landstingskommunerna att samarbeta med andra i planerings- och utvecklingsarbetet avseende hälso- och sjukvården. Samarbetsparter kan vara samhällsorgan, d. v. s. i huvudsak socialstyrelsen och kommunerna i länet, men också t. ex. skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen och riksförsäkringsverket samt organisationer, exempelvis arbetsmarknadens organisationer och patientföreningarna och enskilda – i första hand privata vårdgivare av olika slag t. ex. tandläkare. I sista hand är det landstingen som får ta på sig ansvaret för att det byggs upp tillräckliga vårdresurser.

HSU har också formulerat en viljeinriktning av vården. Av nedanstående citat framgår hur utredningen betonar nödvändigheten av att prioritera de förebyggande åtgärderna.

Hälso- och sjukvården har

"till största delen kommit att få en inriktning på att bota redan uppkomna sjukdomstillstånd. Vårdinsatserna har i huvudsak baserats på den enskilda människans behov av vård sedan sjukdom eller skador uppkommit.

Hälsosituationen i landet förbättras emellertid inte som förr i proportion till de ökade sjukvårdsinsatserna. Vissa tecken tyder tvärtom på att sjukligheten ökar för vissa befolkningsgrupper. (Dessa synpunkter torde inte vara giltiga på förhållandena inom tandvården. Vår kommentar.) För att åstadkomma ytterligare förbättringar av folkhälsan måste i stället prövas möjligheterna att i ökad omfattning angripa hälsoproblemen genom förebyggande åtgärder.

Även förhållandet att sjukvårdsverksamheten blivit alltmer kostnadskrävande motiverar en prövning av möjligheterna att på sikt begränsa efterfrågan på direkta vårdtjänster. I stället för att möta en ständigt ökad efterfrågan genom en utbyggnad av den renodlade sjukvården *måste övervägas att i ökad utsträckning satsa på förebyggande åtgärder.*

På sikt torde detta vara en bättre metod att komma tillrätta med de växande behovs- och resursproblemen. Det *kräver övergång* från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt, d. v. s. *till en mer offensivt inriktad hälso- och sjukvårdspolitik.*" (Våra kursiveringar.)

HSU framhåller i sina skrivningar att hälsovård och sjukvård skall betraktas som en sammanhängande verksamhet och hävdar sålunda att hälso- och sjukvården därvid skall ges en mer hälsoinriktad verksamhet.

HSU betonar också vikten av att den enskilde får och tar ett eget ansvar för sin hälsa. Detta återspeglar sig i uttalanden och förslag av typ

- hälsopolitiska synsätt måste även omfatta den enskilde;
- medvetenheten och engagemanget hos den enskilde skall stimuleras, utvecklas och stödjas;

- vårdsökande skall delta i beslut liksom i det arbete som föregår och följer av dessa beslut;
- den enskildes möjligheter att nå bättre hälsotillstånd måste utnyttjas.

I HSU:s betänkande påpekas också att tandvården är ett område där en långtgående samordning mellan hälsovård och sjukvård redan givit goda resultat.

Överväganden och förslag

6 Våra utgångspunkter

Tandvården är ett område inom vilket utvecklingen redan idag i stora delar överensstämmer med vad HSU anser vore väsentligt för framtiden. Våra överväganden och förslag bygger till en del på HSU:s tankar. De förslag vi lägger fram är emellertid inte beroende av att HSU:s förslag till ramlag för hälso- och sjukvården antas. Vi utgår dock från att HSU:s förslag kommer att antas i huvudsak. Därmed anser vi oss också ha anledning att beakta och i det följande beröra de av utredningens förslag vi bedömer kan komma att påverka utvecklingen på tandvårdens område.

6.1 *Ett övergripande tandvårdsmål*

I HSU:s direktiv sägs att en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården bör "vara baserad på en diskussion om målen för verksamheten". HSU har också formulerat ett övergripade mål för den framtida hälso- och sjukvårdsverksamheten, nämligen "ett gott hälsotillstånd hos hela befolkningen".

Försök att formulera mål för tandvården har gjorts. Så har t. ex. Tandvårdspersonalutredningen (TPU – redovisad i avsnitt 3) i sin slutrapport föreslagit följande övergripande mål för tandvården:

"Målet för tandvården är att tillgängliga resurser användes på ett sådant sätt att hela befolkningen hjälpes till en acceptabel oral hälsa för att bidra till individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande".

För att uppleva trygghet i kontakten med andra människor, är det viktigt för de flesta av oss att inte dåliga tänder hindrar oss från att tala, le och skratta ogenerat. Vi vill av sådana skäl gärna framhålla tändernas betydelse för människors psykiska och sociala välbefinnande och använder därför begreppet tandhälsa som beteckning på TPU:s övergripande mål för tandvården.

Med begreppet tandhälsa definierat på detta sätt vill vi i våra fortsatta överväganden utgå från följande "översättning" av HSU:s övergripande mål för hälso- och sjukvården:

"Tandvården skall främja en god tandhälsa hos hela befolkningen. Den skall erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor."

6.2 *Tandvårdens samhällsekonomiska utrymme*

I propositionen om socialstyrelsens framtida uppgifter och organisation (Prop. 1979/8:6), som redovisats i avsnitt 5, framhålls att de samhällseko-

nomiska resurserna ökar så långsamt att de kommunala sektorerna måste minska sin utbyggnadstakt inom områden som inte ges ekonomisk prioritet. Kraven på förmåga att utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt kommer att skärpas. Befintliga resurser måste omfördelas för att möta nya behov och garantier skapas för att nytillkommande resurser sätts in på områden där behovet är störst.

Självfallet gäller detta samtliga samhällsverksamheter som inte ges ekonomisk prioritet. Vi anser oss inte ha underlag för att utgå från att tandvården kommer att ges sådan prioritet.

Vi utgår därför från att kraven på ekonomisk effektivitet skall styra tandvårdens inriktning och användningen av dess personalresurser.

6.3 *Tandhälsovårdens odontologiska och samhällsekonomiska effekter*

Vi anser att forskningen övertygande visat att enbart reparativ tandvård inte är en framkomlig väg till målet tandhälsa. Avsnittet 2.1.1 Tandhälsovårdens odontologiska effekter m. m. belyser främst de goda möjligheterna att med profylaxinriktad tandvård uppnå en förbättrad tandhälsosituation för barn och ungdomar. Genomförda och pågående försök med tandhälsovård till vuxna pekar också entydigt på att konsekventa satsningar på profylax leder till ökad tandhälsa. Från dessa utgångspunkter bör det sålunda inte föreligga svårigheter att välja väg. Det är uppenbart att det är den profylaxinriktade tandvården som skall väljas om målet är förbättrad tandhälsa.

Detta val skulle emellertid kunna ifrågasättas om det visade sig att en profylaxinriktad tandvård blir kostsammare för samhället än en enbart reparativ tandvård. Av avsnitt 2.1.3 Samhällsekonomiska aspekter på tandhälsovård framgår dock att docent Ernst Jonsson uppskattat vinsten för de hittills använda tandhälsovårdsprogrammen för barn och ungdom till 1:80 per satsad krona. Ernst Jonssons samhällsekonomiska kalkyler avseende profylaxens lönsamhet talar sålunda för att det också finns ekonomiska skäl att omfördela tandvårdsinsatser från reparativ till profylaxinriktad tandvård.

Ernst Jonssons lönsamhetskalkyler utgår från att de resurser (tandläkartid m. m.) som frigörs genom tandhälsovårdsinsatser kan tillvaratas för andra angelägna uppgifter. I den mån de frigjorda resurserna kommer att reserveras för annan tandvård är det viktigt att se till att den frigjorda tandläkartiden används för att utföra högprioriterad tandvård. Såvida man inte planmässigt söker fånga upp denna tid kan det vara risk för att den används till oprioriterade kvalitetshöjningar. Utvecklingen av medelbehandlingstiderna inom olika landsting pekar på att en sådan risk kan föreligga eftersom medelbehandlingstiderna inte sjunker i relation till profylaxresultaten. En utveckling av vården sker dock.

Från odontologiska och samhällsekonomiska utgångspunkter vore det av stort intresse att bättre kunna utnyttja tandläkartid som frigörs som resultat av profylaxinsatser. Den vuxna befolkningen är därvid en viktig intressegrupp. Genomförandet av prioriteringar till förmån för de vuxna kräver emellertid en ökad systematik och planmässighet i vårdplaneringen.

6.4 *Statens och landstingens ansvar*

6.4.1 Socialstyrelsens och riksförsäkringsverkets ansvar

Av prop. 1979/80:6 om socialstyrelsens uppgifter och organisation framgår att även om det är kommunerna som har det grundläggande planeringsansvaret, så är det väsentligt för statsmakterna att ha "ett sådant inflytande på vårdsektorns planering att vården får en likartad utveckling och standard över hela landet". Man konstaterar också att "staten har ett överordnat ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården i riket som leder till att planeringen av denna sektor måste ske i samspel mellan stat och kommun".

Statens planeringsorgan inom hälso- och sjukvården är idag socialstyrelsen. Vi utgår från att ansvaret för den övergripande planeringen inom tandvården även fortsättningsvis skall åvila socialstyrelsen. Vi utgår också från att denna planering kommer att ske i samspel med tandvårdshuvudmännen och med hänsyn till samhällets resurser.

Statens planeringsansvar inom hälso- och sjukvård tas också via utformningen av sjukförsäkringssystemet. Riksförsäkringsverket har som ansvarig myndighet för hela socialförsäkringssystemet i dag en betydelsefull roll när det gäller utvecklingen inom bl. a. tandvården. Vi utgår från att riksförsäkringsverkets roll i detta avseende kvarstår.

6.4.2 Landstingens framtida roll

Enligt HSU skall landstingskommunen i sin planering av hälso- och sjukvård "värna om ett gott hälsotillstånd hos alla sina invånare och att se till att deras gemensamma behov av god hälso- och sjukvård tillgodoses på lika villkor". HSU vill ge landstingen ett ansvar för planeringen av hälso- och sjukvården, inklusive tandvården, vilket innebär att de "skall medverka till att förebygga sjukdomar, så omsorgsfullt som möjligt kartlägga hälso- och sjukvårdsbehoven, ansvara för att möjligheter till vård finns att tillgå och gemensamt med andra vårdgivare planera och utveckla hälso- och sjukvården i hela dess omfattning". Landstingen skall alltså i sin planering ta med den vård som tillhandahålles av exempelvis privatpraktiserande tandläkare och tillsammans med dessa bedriva en tandvård syftande till att erbjuda vård till hela den vuxna befolkningen d. v. s. en populationsinriktad tandvård.

Det planeringansvar som HSU anger för landstingskommunerna uppfattar vi närmast som ett stöd för den samverkan mellan folktandvård och privattandvård som redan finns runt om i landet. Vi presenterar förslag som bygger på att landstingen är beredda att utveckla nuvarande samverkan.

6.5 *Barn- och ungdomstandvårdens roll som bas för vuxentandvården*

Risken att drabbas av karies är störst i barn- och ungdomsåren. Bristfällig tandrengöring kan även hos mycket unga individer leda till tandköttsinflammation och begynnande tandlossning. Grundläggande attityder till tandvård formas tidigt i individens liv. Samma sak gäller utvecklandet av tandvårds-

vanor. Härav följer att den vuxnes förutsättningar att uppnå och bibehålla tandhälsa i mycket stor utsträckning bestäms av hur tandvården utformades under hans barn- och ungdomsår.

Sverige har en organiserad barn- och ungdomstandvård. Härmed menas att den är uppbyggd enligt principen om regelbunden och fullständig tandvård för hel åldersgrupp. I avsnitt 2 har vi visat att tandhälsovården inom barn- och ungdomstandvården ger väsentliga tandhälsovinster och är ekonomiskt lönsam. Utbyggnaden av den organiserade barn- och ungdomstandvården fortsätter och alla 0–19-åringar kan förväntas vara omhändertagna i systemet senast under år 1983.

Vi anser att ett slopande eller en nedskärning av den organiserade barn- och ungdomstandvården skulle innebära ett ökat tandsjukvårdsbehov såväl i dessa grupper som senare i vuxenklientelet. I båda fallen skulle det leda till ökade samhällskostnader för tandvård. Vi utgår därför från att man också i framtiden kommer att ha en organiserad barn- och ungdomstandvård i Sverige uppbyggd enligt principen om regelbunden och fullständig tandvård för hel åldersgrupp.

6.6 *Personaltillgången*

Den framtida tillgången på tandvårdspersonal har vi redovisat i avsnitt 3.4. Av betydelse för hur snabbt man kan nå uppsatta mål inom tandvården är inte bara hur stor den totala personalresursen är utan också hur den är sammansatt och hur den utnyttjas. Tandsjukvården kräver framför allt tandläkare medan tandhälsovården till största delen kan skötas av tandhygienister och tandsköterskor.

Fram till år 2000 kommer enligt gällande utbildningsplaner såväl antalet tandläkare som antalet tandhygienister och tandsköterskor att öka väsentligt. Dock kommer inte relationen tandsköterskor per tandläkare att öka nämnvärt. Möjligheterna att utnyttja de profylaxutbildade tandsköterskornas kompetens inom tandhälsovården blir därmed begränsade. Detta förhållande ser vi som ett hinder för utvecklingen.

Utbudet av tandvård visar stora regionala skillnader. Det har vi berört i avsnitt 4. Förutsättningarna för att organisera utbudet av tandvård gentemot den vuxna befolkningen varierar sålunda starkt inom landet. Vi vill emellertid peka på att det inte bara är tandläkartätheten som härvidlag är av betydelse. Sålunda har Västernorrlands läns landsting – med en förhållandevis låg tandläkartäthet – blivit det första landsting som startat en organiserad tandvård för vuxna. En bidragande orsak till att sådan verksamhet kunnat komma till stånd inom just detta landsting synes vara de goda samarbetsförhållanden som råder mellan folktandvården och privattandläkarkollektivet.

7 Viljeinriktningen

I avsnitt 6.3 har vi som en utgångspunkt anfört att det inte är möjligt att med enbart reparativa åtgärder nå målet tandhälsa för hela befolkningen. TPU fick remissinstansernas stöd för uppfattningen att det är lika viktigt att göra

en kraftfull satsning på förebyggande vård som att tillskapa resurser för tandsjukvård. Detta innebar stöd för att ändra viljeinriktningen för vuxentandvården. TPU beskriver sin viljeinriktning som en medveten omfördelning av resurser från reparativ till förebyggande vård i syfte att kunna satsa på tandhälsovård till hela befolkningen.

TPU:s viljeinriktning är formulerad utifrån en populationsinriktad syn på tandvården. Man menade att resursinsatserna i det enskilda fallet skall vara beroende av vilka tandhälsomål man vill uppnå för hela befolkningen. Vi formulerar vår viljeinriktning utifrån samma synsätt. Vi menar att tandvårdsresurserna i framtiden skall användas för att främja god tandhälsa i hela befolkningen. Vi anser det därför nödvändigt – såväl ur den enskildes som ur samhällsekonomisk synpunkt – att utforma den framtida vuxentandvården så, att den kommer att omfatta förebyggande vård i allt större omfattning. Detta förutsätter en medveten omfördelning av vårdresurserna som inte torde komma till stånd utan särskilda insatser. Samtidigt räknar vi med att individen vill ta aktiv del i vården av sin tandhälsa men kan behöva stöd av tandvårdspersonal och andra samhällsinsatser t. ex. via massmedia.

Omfördelningen av tandvårdsresurser måste ske successivt. Liksom TPU är vi medvetna om att det finns stora behov av reparativ tandvård. Nästan hela den vuxna befolkningen har ett av karies och parodontit skadat bett. Många behöver därför tandsjukvård. Men adekvat tandvård omfattar också förebyggande åtgärder. När tandsjukvården kombineras med åtgärder som bevarar tandhälsa frigörs resurser som kan fångas upp och utgöra bidrag till en snabbare utbyggnad av den förebyggande tandvården.

TPU har visat att vi får en successiv ökning av såväl tandläkare som tandsköterskor och tandhygienister om de planer för utbildning som nu gäller inte ändras. Den inbördes relationen mellan dessa personalgrupper är betydelsefull vid utbyggnaden av den förebyggande tandvården. En ökad satsning på tandhygienister och tandsköterskor skulle ge möjligheter till en snabbare omfördelning av vårdresurserna. Tandsjukdomarnas karaktär innebär dock att själva tandsjukvården i huvudsak måste utföras av tandläkare.

Mot bakgrund av ovan sagda och med utgångspunkt i det övergripande tandvårdsmål vi formulerat i avsnitt 6 vill vi formulera följande viljeinriktning för den framtida vuxentandvården:

För att inom ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme inrikta tandvårdsresurserna mot målet tandhälsa i hela befolkningen bör tandvårdsresurserna omfördelas så att förebyggande tandvård kan erbjudas alla vuxna.

Resursomfördelningen kommer att påverkas av hur utbildningen för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor dimensioneras. Den kommer också att påverkas av attityderna hos patienter och tandvårdspersonal liksom av sättet att planera och genomföra den samordnade tandsjukvården och tandhälsovården. Ett förverkligande av viljeinriktningen innebär sålunda behov av planmässig påverkan av dessa faktorer. De förslag vi lägger fram i de följande avsnitten utgör ett försök att utforma en plan för förverkligandet av viljeinriktningen.

De prioriteringar som behövs för en omfördelning av resurserna skulle väsentligt underlättas om den samverkan som nu finns mellan folktandvård

och privattandvård utvecklades och gavs fastare former. Detta tar vi upp i avsnitt 8. I avsnitt 9 diskuterar vi utformningen av behandlingsprogram som medel att anvisa övergripande principer för ett mera enhetligt omhändertagande av patienter, för integrering av tandsjukvård och tandhälsovård och för arbetsfördelning inom tandhälsovården. För att främja utvecklingen av den förebyggande vården föreslår vi i avsnitt 10 att folktandvård och privattandvård skall samordna sina personalresurser inom tandhälsovården. I avsnitt 11 presenterar vi två modeller för utbyggnad av en tandhälsovårdsinriktad vuxentandvård. I de därpå följande avsnitten tar vi upp attitydfrågor, utbildningens dimensionering, patientens egen medverkan i vården, efterutbildningen av tandvårspersonal, tandvårdstaxans roll m. m.

8 Utveckling av de organisatoriska förutsättningarna

I föregående avsnitt om viljeinriktningen har vi uttalat att omfördelningen av resurser från reparativ till förebyggande vård inte torde komma till stånd utan särskilda insatser. Man måste bl. a. räkna med att det uppstår behov av planeringsinsatser på olika nivåer i tandvårdssystemet. Därtill kommer krav på prioriteringar och på förmåga att genomföra och följa upp beslutade prioriteringar. Utan någon form av organisation för planering och prioritering synes det vara svårt att förverkliga viljeinriktningen.

Vi har i avsnitt 2 belyst den förebyggande tandvårdens betydelse inom barn- och ungdomstandvården. Den systematiska kollektiva och individuella profylaxen har förkortat medelbehandlingstiderna och medgivit en snabbare utbyggnad av barn- och ungdomstandvården. En viktig förutsättning synes därvid ha varit att man kunnat genomföra beslutade prioriteringar av tandhälsovården inom en enhetlig organisation – folktandvården. Folktandvården som organisation bör sålunda också ha förutsättningar att förändra sin vuxentandvård i enlighet med vad TPU och HSU uttalat och med vad vi lagt in i viljeinriktningen.

Folktandvården som vårdgivare har emellertid endast kapacitet att svara för en mindre del av tandvården till vuxna, f. n. cirka 23 %. Privattandvården, som alltså svarar för den ojämförligt största delen, utgör inte en organisation på motsvarande sätt. Svårigheter att planera och genomföra förändringar av tandvården för vuxna är därmed större. Frånvaron av samordningsmöjligheter inom privattandvården får anses ha bidragit till att den förebyggande vården inte nått ett större utrymme i vuxentandvården, trots ett betydande intresse för en sådan utveckling alltsedan början av 1960-talet.

På länsnivå har en rad samverkansformer utvecklats mellan folktandvård och privattandvård. Det är landstingen och de lokala privattandläkargrupperna som under senare år fördjupat tidigare goda kontakter till direkt samverkan inom såväl barn- och ungdomstandvården som vuxentandvården. Samverkan sker också i de samrådsorgan som kom till stånd i samband med införandet av tandvårdsförsäkringen. (Beträffande dessa organs verksamhet hänvisar vi till TU 78:s huvudbetänkande). Vi ser i detta en början till de fastare former för samarbete mellan folktandvård och privattandvård, reglerad exempelvis genom centrala och lokala avtal om resurssamverkan,

som vi menar måste utvecklas om viljeinriktningen skall kunna förverkligas.

9 Förslag om införande av behandlingsprogram

9.1 *Allmän beskrivning*

En av våra utgångspunkter är att tandvård skall erbjudas alla på lika villkor. Lika villkor innebär enligt vår uppfattning bl. a. att principerna för omhändertagande skall vara desamma var än patienten får sin tandvård. I avsnitt 7 har vi pekat på möjligheterna att genom behandlingsprogram inverka på vårdutvecklingen så att detta mål uppnås. Med behandlingsprogram menar vi en sammanställning av principer för hur de som söker tandvård bör omhändertas och behandlas.

I den viljeinriktning vi anvisar ligger att resurser skall omfördelas från reparativ till förebyggande tandvård. Vården av den enskilde skall omfatta tandsjukvård och tandhälsovård. Behandlingsprogram som ger anvisningar om hur tandsjukvård och tandhälsovård skall integreras och hur arbetsfördelningen skall vara i tandhälsovården ser vi därför som viktiga medel vid förverkligandet av denna viljeinriktning.

Behandlingsprogram bör utformas centralt av socialstyrelsen för att sedan lokalt anpassas efter aktuella behovs- och resursförhållanden.

Behandlingsprogram skall ge tandläkare vägledning om vad som är allmänt godtagna principer för omhändertagande av enskilda patienter och omfatta anvisningar för bl. a. diagnostik, planering och genomförande av den tandvård patienten behöver.

9.2 *Utgångspunkter i nuvarande program och behandlingsprinciper*

Den systematiska samordningen av tandsjukvård och tandhälsovård inom barn- och ungdomstandvården har inneburit att man kunnat öka sin satsning på förebyggande åtgärder samtidigt som man byggt ut vården till att omfatta allt fler åldersgrupper. Utbyggnaden har kunnat ske med endast en begränsad utökning av antalet tandläkartimmar. Det finns som vi visat i avsnitt 2 goda skäl att förvänta sig att samordnad tandsjukvård och tandhälsovård kommer att ge resursvinster även inom vuxentandvården.

Några landsting planerar i dag sin barn- och ungdomstandvård utifrån upprättade programramar avseende definierade grupper barn eller ungdomar. Programramarna fastställs utifrån insamlade uppgifter om tandhälsotillståndet i respektive patientgrupp och från den aktuella tillgången på tandvårdspersonal. Erfarenheterna från dessa försök med programstyrd planering bör utnyttjas i arbetet med utveckling av behandlingsprogram för vuxna.

Inom tandvården tillämpas i dag allmänt en princip som kan sägas utgöra början till en med tandsjukvård kombinerad tandhälsovård, nämligen principen om *revisionstandvård*. Enligt denna princip kallas patienterna med individuellt anpassade intervaller till undersökning och behandling inkluderande den profylax som är erforderlig. Mellan besöken har patienten att själv

svara för sin munhygien.

Vid utformningen av behandlingsprogram bör principen om revisionstandvård vara en utgångspunkt.

Ytterligare en princip som finns i tandvårdssystemet i dag kan utnyttjas för förverkligandet av viljeinriktningen, nämligen principen om tandvård i etapper.

Tandvård i etapper beskrivs i socialstyrelsen cirkulär 1974:103 som ett sätt att anpassa behandlingsplanen till bl. a. patientens förutsättningar att upprätthålla en god munhygien. I första etappen får patienten en individuellt anpassad profylaktisk behandling och den tandsjukvård som behöver utföras omedelbart.

Protetisk och annan mer omfattande behandling skjuts däremot på framtiden. Patienten erbjuds fortlöpande observation. Resultatet av den inledande behandlingen och patientens egna munhygieniska åtgärder avgör hur och när behandlingen i nästa etapp skall genomföras.

Principen om tandvård i etapper har sin viktigaste funktion vid omhändertagande av nya patienter med omfattande tandsjukvårdsbehov. I sådana fall är det många gånger till fördel för patienten att tandvården ges i etapper. Så t. ex. ökar förutsättningarna att bedöma såväl det totala behandlingsbehovet som riskerna för att utförda behandlingar skall spolieras till följd av karies- eller parodontitutveckling. Vidare innebär tandvård i etapper som regel att man sparar resurser. Principen har sålunda en mer generell giltighet och kan tillämpas inom ramen för behandlingsprogram.

Det är väsentligt att behandlingsprogram redovisar metoder för hur tandhälsovården skall integreras i behandlingen. Vi menar att denna del av behandlingsprogrammet i princip formulerats i och med tillkomsten av socialstyrelsens tandhälsovårdsprogram för vuxna, Ramvux.

9.3 *Utformningen av behandlingsprogram för vuxna*

Som vi inledningsvis nämnt menar vi att behandlingsprogram skall utformas centralt av socialstyrelsen som ramprogram i den meningen att de ger vägledning för utveckling på landstingsnivå av lokala behandlingsprogram.

Behandlingsprogram skall utformas med utgångspunkt i förväntad vårdefterfrågan i populationen och i tillgången på tandvårdspersonal av olika kategorier. Då det lång tid framöver kommer att föreligga lokala variationer i dessa avseenden, måste ett centralt behandlingsprogram vara så utformat att det kan anpassas till skilda resurssituationer. Detta kan ske genom att vårdinnehållet anges på olika ambitionsnivåer.

Behandlingsprogram bör anvisa lämplig arbetsfördelning mellan tandläkare och profylaxpersonal i tandhälsovårdsarbetet. I detta avseende bör utformningen även utgå från vad som i socialstyrelsens cirkulär om planering (MF 1974:103) sägs om möjligheterna till behandling i etapper.

Vi anser det vidare lämpligt att centrala program innehåller anvisningar för den lokala anpassning som bör göras av programmen liksom för hur uppföljning av programverksamhet kan planeras och genomföras.

I behandlingsprogram bör markeras betydelsen av att

- relevanta data insamlas om patienten och dennes tandtillstånd
- fulltändiga diagnoser ställs
- behandlingsplaner upprättas
- behandlingsplan inte bara beaktar individens tandvårdssituation utan också ställer den i relation till tandvårdssituationen hos stora grupper av patienter (populationsinriktad tandvård)
- utförd behandling följs upp och utvärderas

9.4 *Lokal tillämpning av behandlingsprogram*

Ett centralt utformat ramprogram skall som vi nämnt lokalanpassas med utgångspunkt från den lokala populationens förväntade vårdefterfrågan och den lokala tillgången på tandvårdspersonal. En enhetlig tillämpning av lokala program förutsätter att sådana utformas i samverkan mellan folktandvården och privattandvården. En regelbunden översyn kan behövas.

Tillämpningen kommer i stor utsträckning även att vara beroende av tandläkarnas möjligheter att delegera tandhälsovårdsuppgifter. I lokal anpassning av ramprogram bör därför ingå att vidta åtgärder för resurssamverkan i tandhälsovården.

Vi anser det viktigt att den enskilde tandläkaren följer upp sina vårdinsatser så att han bevakar att avsedd vårdnivå/ambitionsnivå upprätthålles. En alltför hög ambitionsnivå i en bristsituation inom tandsjukvård och tandhälsovård leder till att tandvårdsresurserna ges till färre individer än vid en optimering av resurserna. Behandlingsprogram skall alltså öka den enskilde tandläkarens vilja och förmåga att genomföra prioriteringar i enlighet med överenskomna tandvårdsmål.

10 Personalsamordning i tandhälsovården

I föregående avsnitt har vi föreslagit behandlingsprogram som en metod att samordna tandsjukvård och tandhälsovård. Förverkligandet av viljeinriktningen gäller dock i första hand tandhälsovårdens utvecklingsmöjligheter. Vi tar därför i detta avsnitt upp frågan om hur behandlingsprogrammens tandhälsovårdsdel skall kunna genomföras.

Möjligheter att öka tandhälsovårdsinslaget i vuxentandvården bestäms bl. a. av tillgången på resurser och i vad mån förebyggande åtgärder kan delegeras från tandläkare till tandhygienister och tandsköterskor. I dessa avseenden varierar tandvårdens möjligheter, dels som en följd av regional obalans beträffande tandhygienister och tandsköterskor, dels på grund av skilda förutsättningar att utöka tandvårdsteamen. En resurssamverkan – såväl inom som mellan folktandvård och privattandvård – skulle ge ökade förutsättningar att genomföra tandhälsovårdsdelen i behandlingsprogrammen.

Behandlingsprogram som innefattar förebyggande vård i enlighet med kraven i socialstyrelsens tandhälsovårdsprogram för vuxna, Ramvux, kommer att ställa bl. a. följande krav på tandläkare:

- tandläkaren måste själv eller med hjälp av profylaxpersonal ge patient erforderlig tandhälsovård
- tandläkaren måste därvid kunna identifiera s. k. riskpatienter och ge dessa erforderligt tilläggsprogram antingen själv eller med hjälp av profylaxpersonal.

Dessa behandlingskrav innebär att viss tandläkartid måste tas i anspråk för tandhälsovård till vuxna. Tandläkarnas tid bör emellertid i första hand användas för uppgifter som bara tandläkare har kompetens att utföra. Vi anser därför att så stor del av tandhälsovården som möjligt bör utföras av profylaxpersonal. Tandläkarnas medverkan bör begränsas till vad som åligger dem som vårdansvariga eller kräver deras specifika kompetens. Det krav på att ge tandhälsovård till vuxna som behandlingsprogram kommer att innebära bör därför enligt vår uppfattning kombineras med ett krav på mesta möjliga delegering till profylaxpersonal. Genomförandet av tandhälsovården med hjälp av profylaxpersonal stöter emellertid på flera olika problem:

- alla tandläkare har inte tillgång till egen profylaxpersonal
- tillgången på profylaxpersonal är totalt sett begränsad
- tandläkare kan tveka att anställa profylaxpersonal på grund av kostnaderna
- alla tandläkare har inte tillgång till lokal som profylaxpersonal skulle kunna arbeta i

En enhetlig tillämpning av behandlingsprogram förutsätter att åtgärder vidtas för att ge tandläkarna likartade möjligheter att delegera tandhälsovårdsuppgifterna. Detta bör enligt vår uppfattning ske genom att man lokalt finner former för hur tandläkare utan egna resurser för profylax kan repliera på resurser hos annan tandläkare. Då svårigheterna initialt kan komma att vara större inom privattandvården än inom folktandvården bör folktandvården som ett led i samverkansarbetet vara beredd att ställa viss del av sina resurser till förfogande för privattandvårdens behov.

Resurssamverkan kan åstadkommas på olika sätt. Avsikten bör vara att samordna resurserna så att tandläkartid sparas och patienterna så enkelt som möjligt får den tandhälsovård de behöver. Folktandvårdens expertis inom tandhälsovården bör enligt vår mening kunna bidra till effektiva och praktiska lösningar.

Det är självklart att lösningar som är fördelaktiga för patienten i första hand bör eftersträvas. Ur patientens synvinkel är t. ex. principen om integrerad tandsjukvård och tandhälsovård viktig. Information till patienten och instruktion i avsikt att förändra ogynnsamma tandhälsovårdsvanor underlättas i hög grad om den konkret kan sammankopplas med den behandling patienten får hos tandläkare. Så t. ex. kan en tidigare oengagerad patient behöva bli botad från tandvärk eller få sina framtänder lagade av utseendemässiga skäl för att vara beredd att intressera sig för tandhälsovårdsinformation.

Även i övrigt torde det vara bäst om all tandvård kan ges patienten vid en och samma klinik. Det ger störst möjligheter till en individanpassad tandhälsovård och bästa förutsättningarna att intressera patienten att ta eget

ansvar för sin tandhälsa.

Från dessa utgångspunkter ser vi hänvisning till annan klinik eller mottagning för genomförande av tandhälsovårdsprogram som en kompromiss. Där det är möjligt bör det vara profylaxpersonalen som "pendlar", inte patienten.

Kan inte patientens behandling genomföras utan hänvisning till annan klinik eller mottagning är det enligt vår uppfattning viktigt att man har riktlinjer för hur denna hänvisning skall ske. Sådana riktlinjer bör utformas lokalt med beaktande av de krav på väl fungerande kommunikation som följer av att patientens behandlingsprogram verkställs på skilda enheter. Vi vill i sammanhanget nämna att det är den hänvisande tandläkaren som är vårdsansvarig och alltså ytterst avgör vilka åtgärder profylaxpersonalen skall vidta.

Vid organisation av tandhälsoutbudet kan man komma att träffa på en situation som innebär att flera kliniker/mottagningar inom ett område saknar lokaler för profylaxpersonal. Därvid skulle man kunna överväga att planera för en särskild tandhälsovårdsenhet – fristående eller ansluten till en klinik eller mottagning.

En sådan tandhälsovårdsenhet (tandhälsovårdscentral) skulle kunna tänkas uppehålla följande funktioner:

- ge den tandhälsovård som hänvisande tandläkare beställer för att patient ska få ett omhändertagande i enlighet med behandlingsprogram
- ge råd i tandhälsovårdsfrågor till allmänheten

Hänvisningsfunktionen har vi behandlat i det föregående.

Hittills har allmänhetens behov av råd i första hand gällt hur man skall få tid hos en tandläkare. Medvetenheten om att tandsjukdomar kan förebyggas ökar dock, och människor börjar allt mer direkt fråga efter tandhälsoråd. De, som har sin tandvård ordnad, dvs. är patienter vid någon klinik eller mottagning, kan redan i dag få sitt behov av råd tillgodosett genom att ringa sin tandläkare. De som skulle kunna komma att vända sig till en tandhälsovårdscentral vore i första hand människor som inte redan är patienter vid någon klinik eller mottagning. Vi har tidigare strukit under nödvändigheten av att tandsjukvård och tandhälsovård integreras. Om människor skall kunna vända sig till en tandhälsovårdscentral för råd förutsätter det att de kan hänvisas vidare till en klinik eller mottagning för fullständig behandling. Vi tror inte att tandvårdssystemets personalresurser skall användas för att ge tillfällig tandhälsovård modell "Drop-in-mottagning".

Mot bakgrund av våra överväganden ovan är vi tveksamma till etablerandet av tandhälsovårdscentraler som fristående enheter. Funktionerna som en sådan enhet skulle kunna ha finns redan i tandvårdssystemet i dag. Där de är otillräckliga bör de utvecklas, i första hand så att de kan ingå i den enskilda klinikens eller mottagningens verksamhet och därnäst inom ramen för ett organiserat samarbete. Fristående tandhälsovårdscentraler bör enligt vårt förmenande endast övervägas då övriga vägar visat sig oframkomliga inom överskådlig tid.

Som vi beskrivit i avsnitt 2 har vissa större företag utökat sin företagshälsovård till att även omfatta viss tandvård, huvudsakligen förebyggande vård.

Vi finner dessa försök intressanta då de visar nya vägar att påverka människors inställning till tandhälsa och att finna praktiska lösningar som kan vara tilltalande för den enskilde. Om en fortsatt utveckling av företagshälsovården också leder till att tandvården byggs ut genom företagens initiativ kan det bli angeläget att beakta den företagsanslutna tandvården som en del av det totala vårdutbudet.

11 Förslag om höjning av ambitionsnivån inom vuxentandvården

11.1 *Inledning*

I sina skrivningar stryker HSU under kraven på att tillgängligheten i hälso- och sjukvården ökas. Det skall också ankomma på landstingen att uppspåra behov. Vi tolkar HSU:s intentioner så, att det för tandvården i framtiden inte kan vara i enlighet med det övergripande målet att bara ta hand om de patienter som själva söker hjälp.

Vi vill därför i HSU:s formulering "erbjuda sina tjänster" lägga in två ambitionsnivåer:

1. Ett mera passivt erbjudande av tjänster relaterat till den efterfrågan som utgår från människors egna upplevelser av sina behov
2. Ett mera aktivt erbjudande av tjänster i olika organisatoriska former

Ambitionsnivå 1 innebär i princip att de som efterfrågar tandvård erbjuds sådan på lika villkor. Efterfrågan kan stimuleras genom informationsinsatser som syftar till att öka medvetenheten om möjligheterna till tandhälsa.

Ambitionsnivå 2 innebär att erbjudandet dels är organiserat, dels riktat mot avgränsad population eller mot enskild individ. Erbjudande på denna nivå ställer krav på samordning av resurser, möjligheter att styra och följa upp erbjudandet samt på fastställda principer för omhändertagande. Erbjudande av tandvård på ambitionsnivå 2 förutsätter sålunda att samverkan mellan privattandvård och folktandvård utvecklas därhän att man har organisatoriska förutsättningar att göra prioriteringar och att utveckla metodik för ett utnyttjande av frigjorda och nytillkommande resurser.

Tillämpningen av behandlingsprogram kommer enligt vår uppfattning att leda till att tandvårdsresurser frigörs. Därtill kommer, som vi redovisat i avsnitt 3, såväl tandläkare som tandsköterskor och tandhygienister att öka i antal som följd av beslutad utbildningsdimensionering. Härigenom skapas möjligheter att erbjuda allt fler vuxna tandvård.

Som vi nämnt i avsnitt 6.3 anser vi att det för närvarande som regel saknas metodik för ett planmässigt utnyttjande av frigjorda resurser. Utan en organisation för planering och omfördelning av resurser från reparativ till förebyggande tandvård torde den lönsamhet som t. ex. ligger i Ernst Jonssons kalkyler för tandhälsovård knappast tillvaratas. Vi har därför ansett det viktigt att föreslå åtgärder som verkar i en omfördelande riktning.

I detta avsnitt presenterar vi två förslag till organisatoriska modeller som skall möjliggöra ett successivt överförande av resurser från reparativ till förebyggande tandvård. Principer som vi anser viktiga för utbyggnaden av

ambitionsnivån i vuxentandvården framgår av modellerna. För att få modellerna förståeliga har vi fått konkretisera dem relativt starkt. Avsikten är likväl att de skall uppfattas just som modeller, möjliga att variera efter lokala förhållanden och önskemål, och inte som förslag avsedda att följas i sina detaljer.

Den första modellen visar en utbyggnad på ambitionsnivå 2 genom kraftiga prioriteringar av bestämda grupper. Den andra modellen utgör exempel på hur man övergår från att erbjuda tandvård på ambitionsnivå 1 till erbjudande på ambitionsnivå 2 utan motsvarande kraftiga prioriteringar av grupper.

Inledningsvis specificerar vi några krav som vi anser att organisatoriska modeller bör uppfylla. Slutligen för vi en diskussion om val respektive kombinationer av de båda föreslagna modellerna.

11.2 *Krav som organisatoriska modeller bör uppfylla*

Med utgångspunkt i det övergripande målet för tandvården och i vad vi hittills redovisat i form av utgångspunkter och förslag vill vi ställa upp följande krav på modeller för höjning av ambitionsnivån inom vuxentandvården.

Varje modell bör

1. omfördela vårdinsatser så att andelen tandhälsovård ökar
2. inrymma systematiserad tandhälsovård inom ramen för behandlingsprogram
3. utgå från landstingens förväntade planeringsansvar
4. utgå från att folktandvård och privattandvård skall omhänderta vuxna i organiserade former och formaliserad samverkan
5. innebära att nya grupper av vuxna, aktivt erbjuds tandvård
6. vara anpassningsbar till olika resurssituationer.

11.3 *Modell för överföring av patienter från organiserad ungdomstandvård till organiserad vuxentandvård*

I betänkandet "Folktandvårdens utbyggande och reglering" (SOU 1970:11) utvecklade 1967 års folktandvårdsutredning motiven för att bygga ut barn- och ungdomstandvården så att den också omfattar 17–19-åringarna. Utredningen uppgav bl. a. att sedan patienterna inte längre "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." Det finns skäl anta att denna oförmåga att upprätthålla kontakten med tandvården då sådan kräver eget initiativ också finns i de ungdomsgrupper som i dag lämnar den organiserade tandvården vid 20 års ålder.

Utan stödinsatser från samhällets sida finns det risk för att ej så få unga människor kommer att få sin tandhälsa raserad sedan de lämnat ungdomstandvården. De återkommer så småningom som tandvårdspatienter, men då ofta med stora och resurskrävande saneringsbehov. Hittillsvarande erfarenheter talar för en sådan utveckling. För att söka förhindra detta har inom flera landsting åtgärder vidtagits för att trygga 20-åringarnas fortsatta

kontakt med tandvården. Den modell vi presenterar i detta avsnitt ansluter till de verksamheter som redan är igång.

Avsikten med modellen är dels att tillförsäkra dem som lämnar ungdomstandvården fortsatt kontakt med tandvården, dels att medverka till omfördelningen av vårdresurser genom att aldrig låta stora behov av tandsjukvård uppkomma.

Grundprinciperna är att alla som vid 19 års ålder lämnar den organiserade ungdomstandvården erbjuds en organiserad vuxentandvård. Utbyggnadstakten i denna modell är alltså en åldersgrupp per år. Efter smärre modifieringar kan modellen dock även tillämpas för en snabbare utbyggnad, dvs. för att erbjuda organiserad tandvård till fler än en ny åldersgrupp per år.

I detta förslag utgår vi från

att landstinget åtar sig ett huvudansvar för planering och samordning
att folktandvård och privattandvård i formaliserad samverkan tar hand om de aktuella åldersgrupperna och ger dem tandvård efter gemensamt upprättade principer för vårdens organisation och innehåll
att erforderlig utbildning för tillämpning av modellen ges till folktandvårdens och privattandvårdens personal
att den vård som meddelas är starkt profylaxinriktad
att profylaxpersonal finns att tillgå.

Modellen förutsätter sålunda ett samarbete mellan folktandvård och privattandvård. Avtal i någon form bör föreligga mellan folktandvården och de lokalt verksamma privattandläkarna eller deras organisation. Sådant avtal bör bl. a. reglera hur man ska samordna resurser, vårdinnehåll och den personalutbildning som modellen kräver.

En datorbaserad kallelse- och uppföljningsrutin underlättar administrationen av modellen.

Huvudfunktionerna i modellen är

- fördelning av patienter
- erbjudande av tandvård
- uppföljning av meddelad vård.

Fördelningen av patienter mellan privattandläkare och distriktstandläkare bör ske enligt principer som fastställs av folktandvården och privattandvården i samråd. För att förenkla kommunikationen kan privattandläkaren knytas till en eller flera folktandvårdskliniker från vilka han/hon tar emot 20-åringar, när dessa lämnar den organiserade ungdomstandvården samt vuxna ur andra åldersgrupper som erbjuds tandvård enligt modellen.

Landstinget bör svara för de administrativa uppgifterna i samband med fördelningen.

Erbjudandet av tandvård skall i denna modell vara aktivt och avse organiserad tandvård. Patienterna i aktuella åldersgrupper får initialt en kallelse till tandundersökning. De patienter som infinner sig får först den vård deras aktuella tandstatus motiverar och därefter ett erbjudande om revisionstandvård vid kliniken/mottagningen.

Patienter som inte hörsammar kallelsen bör få ny kallelse. De som uteblir ett år bör kallas på nytt nästa år.

Landstinget kan ge service till anslutna kliniker och tandläkare i form av namnlistor, kallelsekort och skriftliga instruktioner för kallelse- och uppföljningsrutinerna.

All tandvård som erbjuds inom modellens ram bör omfatta systematiserad tandhälsovård och den tandsjukvård patienten behöver. Vården bör följa principer i upprättade behandlingsprogram. Så stor del som möjligt av profylaxprogrammet bör delegeras till tandhygienister eller profylaxutbildade tandsköterskor.

För att modellen skall fungera krävs en systematisk *uppföljning*. Så t. ex. bör samtliga tandläkare lämna rapporter över vilka patienter de tagit emot. Av rapporten bör framgå i vilken omfattning patienten erhållit vård, vilka som ej antagit erbjudande om tandvård och vilka patienter inom åldersgruppen utöver de tilldelade som ev. tagits emot.

Förutom att dessa uppgifter är nödvändiga för att kallelserutinen skall fungera så ger de underlag för beräkning av hur stor anslutningen av patienter är vid olika tidpunkter. I landstingets övergripande ansvar bör ingå att i samråd med privattandläkarna fastställa omfattningen av uppföljningen. Landstinget bör svara för utformning av rutiner, för bearbetning av uppföljningsdata samt för de resultatredovisningar, som behövs för fortsatt vårdplanering.

11.4 *Modell för utvecklingsarbete syftande till en populationsinriktad utbyggnad av vuxentandvården*

Under senare delen av 70-talet och början av 80-talet har utbyggnaden av tandvården i Sverige varit inriktad på barnens och ungdomarnas tandvård. När denna utbyggnad fullföljts, vilket beräknas inträffa under något av de närmaste åren, kommer vuxentandvårdens resurstillväxt att ske snabbare. Det är angeläget att denna tillväxt tillvaratas på ett ändamålsenligt sätt.

I avsnitt 11.1 har vi formulerat två ambitionsnivåer för utbyggnad av vuxentandvården, där ambitionsnivå 2 är den mest resurskrävande. I det följande beskriver vi en modell för uppbyggnad och genomförande av ett utvecklingsarbete vars mål är att skapa utrymme för en utbyggnad av vuxentandvården så att hela den vuxna befolkningen kan nås med erbjudande om tandhälsounderstödd tandsjukvård. Beskrivningen avser visa på de grundläggande principerna för ett sådant utvecklingsarbete samt anvisa idéer om organisation och metoder för genomförandet. Samtidigt visas hur utbyggnaden av vuxentandvården kan startas på ambitionsnivå 1 för att i ett senare skede överföras till ambitionsnivå 2.

Utvecklingsarbetet skall resultera i två samverkande system – ett för frigörande av resurser och ett för erbjudande av tandvård. Resurser skall frigöras genom en konsekvent satsning på att minska medelbehandlingstiderna – såväl hos tandläkare som hos profylaxpersonal. Systemet för erbjudande av tandvård skall utformas så att det är anpassbart till fluktuationer i tillgången på fria tandvårdsresurser. Frigjorda resurser skall fångas upp och snabbt erbjudas till befolkningen i form av tandhälsovårdsunderstödd tandsjukvård.

Tillämpningen av de nämnda delsystemen erfordrar en stark men samtidigt flexibel resurssamordning mellan folktandvård och privattand-

vård. Utformningen av samarbetet får stor betydelse för resultatet av utvecklingsarbetet. På ett tidigt stadium behöver därför överenskommelser träffas mellan folktandvård och privattandvård om organisation och former för bedrivande av utvecklingsarbetet. Samarbetsavtal kan vara ett sätt att reglera överenskommelser.

Utvecklingsarbetet behöver bedrivas på olika organisatoriska nivåer i landstingsområdet. För övergripande planering och samordning tillsätts lämpligen en central planeringsgrupp med företrädare för privattandvård och folktandvård. För genomförande av den lokala planeringen kan landstinget indelas i ett antal planeringsområden, exempelvis kommuner, vid behov kommundelar. I varje planeringsområde inrättas en programgrupp med representanter för folktandvård och privattandvård. Programgruppernas uppgift skall bl. a. vara att i samverkan med den centrala planeringsgruppen utveckla behandlingsprogram samt lokalanpassa de nämnda delsystemen. I varje planeringsområde utses en basklinik. Denna tilldelas resurser för lokal administration av systemen.

I utvecklingsarbetets första fas – sedan organisationen etablerats – behöver en serie kartläggningsarbeten genomföras. De kan avse resurstillgång, patientunderlag i olika åldersgrupper, förväntad efterfrågan vid olika slag av efterfrågestimulerande åtgärder, användbara informationskanaler m. m. I den första fasen ingår också utvecklingen av behandlingsprogram och uppbyggnad av rutiner för planering, genomförande och uppföljning.

Huvudfrågor vid kartläggningen av resurser och resurskrav kan vara att ta reda på vilka resurser för tandsjukvård resp. tandhälsovård som man förfogar över i de olika planeringsområdena och vad man kan vänta för framtida förändringar. Vidare kan behöva skattas vilka krav på resurser av olika slag en ny patient inom tandvården genomsnittligt tar i anspråk. Av intresse är också att söka ange effekterna i olika avseenden av övergång till behandling enligt behandlingsprogram.

Det skulle enligt vår mening föra för långt att söka kartlägga befolkningens behov av tandvård. I princip bör det vara tillräckligt att ta reda på hur många vuxna som inte är patienter hos någon tandläkare i området. Gruppen "icke-patienter" kan beskrivas närmare t. ex. beträffande kön, ålder, bostadsort. Med ledning av sådana data jämte lokal kunskap kan sedan antaganden göras om vilken efterfrågan som kan väntas vid mer eller mindre stark efterfrågestimulering.

I kartläggningsarbetet ligger också att identifiera former för hur erbjudandet av tandvård kan varieras. Det kan exempelvis utformas som en allmän information om att tandvården inom ett område nu har resurser att ta hand om den som behöver tandvård, hur man tar kontakt och vad som därvid i stora drag händer, eller som en till bestämda grupper riktad information, eller som en personlig uppmaning i form av kallelse med erbjudande om vård. – Informationskanaler kan vara lokalpress, lokalradio, offentliga anslagstavlor, masskorsband osv. Icke svensktalande gruppers informationsbehov kan behöva beaktas och kanaler som invandrarföreningar och invandrarbyråer få övervägas.

Utvecklingen av delsystemen kan delvis ske parallellt med kartläggningsarbetet. Vi föreslår att satsningarna på att frigöra resurser sker genom ett konsekvent arbete på att minska medelbehandlingstiderna – såväl hos

tandläkare som hos profylaxpersonal. I syfte att frigöra tandläkartid tillämpas så resurssnåla behandlingsprogram som möjligt. Profylaxen sköts i ökande utsträckning av tandhygienister och tandsköterskor. I syfte att även minska behandlingstiderna hos profylaxpersonalen prioriteras i det profylaktiska omhändertagandet insatser som kan öka patientens engagemang och förmåga att ta eget ansvar för sin tandhälsa. Klinikerna/mottagningarna stimuleras att fortlöpande följa upp behandlingstider och behandlingsresultat och ställa dem i relation till resurstillgången.

Delsystemet för att fånga upp och erbjuda frigjorda resurser till den vuxna befolkningen måste bygga på att anslutna kliniker och mottagningar fortlöpande redovisar vilka resurser de har att ta emot nya patienter. Uppgifterna sammanställs av baskliniken och översätts till beslutsunderlag avseende i vilken omfattning och på vilket sätt erbjudandet av tandvården skall ske.

Erbjudande av tandvård bör vara aktivt och innefatta information om möjligheterna att förbättra och bevara tandhälsan. Den kan också varna för hälsorisker i samband med dåligt tandstatus. Vidare kan en presentation av former och innehåll i erbjuden tandvård ges. Härigenom får människor möjlighet att fatta sina beslut i medvetenhet om att ett accepterande av erbjudandet även innebär krav på eget engagemang.

Intensiteten i erbjudandet kan avpassas dels via val av informationskanal eller kombination av sådana för att nå ut med erbjudandet, dels via utformningen av erbjudandet. Omfattningen bestäms av om erbjudandet riktas mot hela populationen eller endast delar av denna. Planeringen bör vara så flexibel att det vid behov är möjligt att intensifiera och utvidga erbjudandet eller att tillfälligt avbryta det för att tillströmningen av patienter blir för stor.

Förutsättningarna för erbjudande av tandvård kommer att variera mellan de lokala planeringsområdena, varför utformningen av delsystemen och tillämpningen av dem behöver anpassas till vad som är möjligt i respektive område. De lokala planeringsgrupperna får svara för denna anpassning. Utbyggnaden av vuxentandvården kommer att gå olika snabbt i olika delar av ett landstingsområde. Det bör kunna ankomma på den centrala planeringsgruppen att verka för resursutjämning mellan områdena. Denna grupp kan också svara för att den utbildning kommer till stånd som behövs för genomförandet av utvecklingsarbetet och för verkställandet av de beslut som detta föranleder.

Tillämpningen av de två delsystemen måste följa planer som upprättas för varje enskilt planeringsområde. Varje klinik/mottagning rapporterar med fastställda intervaller till baskliniken vilken kapacitet de har att ta emot nya patienter. Den lokala planeringsgruppen beslutar med ledning härav omfattning och form för utbudet under nästa planeringsperiod.

Utbyggnaden kan ske i etapper med successiv värdering av uppnådda resultat. Under den första etappen får arbetet koncentreras på att skapa reella förutsättningar att ta emot nya patienter. Erbjudandet av tandvård till nya patienter måste troligen under denna etapp vara av ganska blygsam omfattning. Men det är viktigt att erfarenheter skapas inom systemet så snart som möjligt. De resurser som frigörs t. ex. på grund av att behandlingsprogram börjar tillämpas bör således tidigt fångas upp och bjudas ut. Som vi

nämnt kan detta ske på olika sätt exempelvis så att man väljer att rikta erbjudandet till någon eller några av de grupper som man under kartläggningen funnit motiv för att prioritera, eller så att man vänder sig till alla inom planeringsområdet men enbart över en kanal med begränsad genomslagseffekt.

Mål i nästa etapp kan vara att nå alla "icke-patienter" med en allmän information om tandvård. Anpassningen av utbudet till befintliga resurser har berörts tidigare. Man kan överväga att särskilt vända sig till handikappade, till människor i servicehus för äldre och på ungkarlshotell, patienter på alkoholmottagningar osv. Detta innebär sålunda att utbudet kan ske i ambitionsnivå 1 och i ambitionsnivå 2 under samma utbyggnadsetapp. En mera konsekvent tillämpning av ambitionsnivå 2 erhålls då resurserna bedöms medge att människor som ännu inte kommit i kontakt med tandvården tillskrivs personligen med erbjudande om vård.

Liksom den modell som beskrivs i avsnitt 11.3 möjliggör denna utbyggnadsidé en successiv inslussning av den vuxna befolkningen i ett system av organiserad tandvård. Vissa skillnader finns dock mellan de båda. Så t. ex. prioriteras i detta utvecklingsarbete inte bestämda åldersgrupper och man utgår i högre grad från den enskilde patientens eget ansvar för sin tandhälsa. Formerna för omfördelning av resurser, tillämpning av behandlingsprogram och samordning mellan folktandvård och privattandvård är mer systematiserade. Fortlöpande uppföljningar av resurstillgång och resursutnyttjande poängteras starkare. Slutligen förutsätter en utbyggnad efter denna idé uppgifter om befolkningens storlek, sammansättning och tandvårdsefterfrågan samt metoder att utnyttja sådana kunskaper i planeringen.

11.5 *Diskussion*

Den modell som vi presenterat i avsnitt 11.3 har redan införts i bl. a. Västernorrland genom att man där utökat den organiserade barn- och ungdomstandvården till att omfatta också 20, 21- och 22-åringar. I detta landsting låter man utbyggnaden gå vidare med en åldersgrupp per år.

Motiven för att bygga vidare från den plattform som barn- och ungdomstandvården utgör är flera och har berörts tidigare. 20-åringarna har en låg tandvårdskonsumtion och de flesta av dem har förhållandevis goda tandvårdsvanor. Man kan dock inte utgå från att alla 20-åringar utan stöd från tandvårdens sida kommer att fortsätta att sköta sin tandhälsa. *En* 20-åring som lämnat systemet kan vara mogen att själv ta ansvar för sin tandvård. En *annan* är det inte.

Om den organiserade vården upphör för dem som fyllt 20 år skulle det sålunda leda till ett ökat tandsjukvårdsbehov i dessa grupper. Fortsatt vård däremot skulle minska tandsjukvårdsbehovet i vuxenklientelet i framtiden. Enligt vår mening är detta skäl som talar för att unga vuxna bör kallas till organiserad tandvård. För att söka skydda dem som är minst intresserade av sin tandhälsa föreslår vi att de som uteblir från erbjuden behandling systematiskt får nytt erbjudande nästa år.

En snabbare utbyggnad än en åldergrupp per år ser vi som eftersträvansvärt.

Vår andra modell, redovisad i avsnitt 11.4, anknyter till det planerings-

ansvar som HSU vill lägga på landstingen. Den bygger på synsättet att alla vuxna oavsett ålder bör ges likartade möjligheter att efterfråga tandvård. Modellen rymmer förutsättningar för ett planmässigt erbjudande av tandvård – på sikt – till alla vuxna.

Båda modellerna uppfyller de krav som vi ställt upp.

Enligt vår mening är fördelarna med att fortsätta att kalla 20-åringarna – sedan de lämnat barn- och ungdomstandvården – till organiserad vuxentandvård så stora att vi prioriterar denna modell för utbyggnad av vuxentandvården. Vi anser sålunda att den bör kunna tillämpas av varje folktandvårdshuvudman i samverkan med privattandläkare. För att nå en snabbare utbyggnad av vuxentandvården bör den dock – där så är möjligt – kombineras med vår andra modell vars planeringsprinciper är anpassningsbara till en rad varierande situationer.

Några beräkningar av resursbehoven i de redovisade modellförslagen har vi inte ansett oss kunna utföra. De lokala förutsättningarna är så skiftande att räkneexempel skulle bli föga vägledande för ställningstagande till vilken utbyggnadstakt som i det enskilda fallet är möjlig. Modellerna är i stället utformade så att de kan anpassas till de lokala förutsättningarna. Vi har sett denna flexibilitet som eftersträvansvärd.

12 Önskvärda förändringar för att påskynda utvecklingen mot en mera förebyggande tandvård

12.1 *Inledande synpunkter*

Värdet av att inrikta tandvården mot profylaktiska insatser har som vi nämnt varit känt länge och poängterats i en rad sammanhang. I flera områden i landet, och dessa ökar i antal, har tandvårdsköerna kunnat elimineras, upprättade system för kallelse av revisionspatienter fungerar åter och tiden för den förebyggande vården har börjat att öka, dvs. en utveckling åt rätt håll har kommit igång. Detta har dock tagit betydande tid i anspråk. Att vi inte kommit längre i utvecklingen beror på att flera hinder eller trögheter i systemet fördröjer utvecklingen mot en mera förebyggande vård. För att påskynda omfördelningen av vårdinsatserna behöver sålunda åtgärder sättas in som underlättar förändringsprocessen. Vi vill i det följande peka på några förhållanden som vi anser är möjliga att påverka i utvecklingsbefrämjande syfte.

12.2 *Tandläkarnas intresse för tandhälsovård kan stimuleras*

Den ökade efterfrågan på tandvård som tandvårdsförsäkringen ledde till, medförde att tandläkarna kände sig pressade att prioritera tandsjukvården framför tandhälsovården. Vi menar att trots detta en betydande utveckling ägt rum vad gäller tandläkarnas inställning. Uppslutningen kring tankarna på en tandhälsovårdsinriktad vård är i dag stor. Samtidigt anser vi att man inte kan bortse från att det under många år framåt kommer att finnas tandläkare som av praktiska och andra skäl kan behöva hjälp och stimulans för sin medverkan i utvecklingen av den förebyggande vården.

I bl. a. avsnitt 10 har vi framhållit att tandhygienister och vidareutbildade tandsköterskor bör svara för en stor del av tandhälsovårdsarbetet. Men tandläkaren spelar en avgörande roll i organiserandet av den förebyggande tandvården. Som ledare för tandvårdsteamet är hans inställning till tandhälsovård betydelsefull. Är tandläkaren inte övertygad om att det löner sig att satsa resurser på att få patienten intresserad av förebyggande vård kommer tandvårdsteamet att lyckas mindre bra. Vi menar därför att det inom ramen för folktandvårdens och privattandvårdens samverkan i omhändertagandet av vuxna bör vidtas åtgärder som verkar stimulerande på tandläkarnas intresse och ökar deras förutsättningar att satsa på tandhälsovård.

Tandläkarnas efterutbildning blir – oavsett i vems regi den anordnas – alltmer samhällsodontologiskt inriktad. I detta ligger att den bl. a. poängterar att tandsjukvård och tandhälsovård måste samordnas för att den förebyggande vården skall få en större omfattning. Vi utgår från att efterutbildningen också i framtiden kommer att ha denna inriktning. Vi menar också att det inom ramen för folktandvårdens och privattandvårdens samverkan i vuxentandvården bör finnas utrymme för utbildning som är attitydpåverkande och stimulerar till tandhälsovård.

Av betydelse för tandläkarnas intresse för ökade profylaxinsatser är också deras möjligheter att använda profylaxpersonal i sitt vårdutbud. Det är därför viktigt att alla tandläkare har tillgång till sådan. Denna fråga kan på många håll behöva lösas i samverkan mellan privattandläkare och folktandvård. Detta har vi närmare diskuterat i avsnitt 10.

Tandläkarnas möjligheter att använda profylaxpersonal bestäms också av personalens kompetens och ramarna för delegering. I förhållande till nuläget kommer dessa att vidgas. Som vi nämnt i avsnitt 3.3 har regeringen uppdragit åt socialstyrelsen att se över möjligheterna att ytterligare vidga delegeringsmöjligheterna. Vi ser en vidgning av delegeringsmöjligheterna som ett väsentligt bidrag till tandvårdens utveckling.

12.3 *Mer profylaxpersonal – färre tandläkare*

I avsnitt 3.4 har vi visat att antalet tandhygienister och antalet tandsköterskor kommer att öka väsentligt under perioden fram till 2000. Tandsköterskor som utbildas efter 1980 kommer att i ökad grad ha kompetens som profylaxsköterska. Ramarna för delegering av uppgifter kommer, som vi nämnt att vidgas.

Tandhygienister och tandsköterskor kommer alltså att kunna utföra en ökande andel av tandhälsovårdsarbetet. Men utrymmet för delegering kommer likväl att vara begränsat om inte särskilda åtgärder vidtas. Relationen tandsköterskor per tandläkare ökar endast obetydligt fram till år 2000 beroende på att antalet tandläkare också ökar. Detta begränsar delegeringsutrymmet.

Från våra utgångspunkter – en på tandhälsovård inriktad omfördelning av resurserna – finner vi motiv för att begränsa tandläkarutbildningen. En sådan begränsning skulle – under förutsättning att den kombinerades med en utökad tandsköterskeutbildning – relativt snart ge en för tandhälsovården gynnsammare relation mellan tandläkare och profylaxpersonal. Vi anser för

vår del att det är angeläget att en sådan utveckling kommer till stånd och följs i ett fortlöpande prognosarbete. Vi räknar med att den revision av TPU:s prognoser som pågår inom socialstyrelsen beaktar behovet av att tandvårdens yrkeskårer får en för utvecklingen lämplig avvägning.

Tillgången på tandsköterskor påverkas också av att allt fler kommer att vidareutbilda sig till tandhygienist. Vill man verkligen ta till vara tandsköteskornas kompetens för tandhälsovårdsarbete måste utbildningskapaciteten ökas ytterligare. Vi är också övertygade om att det är möjligt att öka utbildningsvolymen genom att flera folktandvårdshuvudmän påbörjar tandsköterskeutbildning.

I framtiden kommer det att vara nödvändigt att beakta kravet på regional balans i tandhygienist- och tandsköterskekårerna om tandvården skall kunna utvecklas likformigt över landet. Detta talar för en organisation av utbildningen som gör det möjligt att anpassa antalet kurser och elevplatser till lokala behov.

Det utvecklingshinder som bristen på assisterande personal utgör är särskilt markant inom den privata sektorn. En stor del av den privata vårdsektorns tandsköterskor har lång yrkeserfarenhet men saknar formell behörighet. Med nuvarande antagningsbestämmelser till vidareutbildning följer därav att de inte kan få utbilda sig till profylaxtandsköterskor. Detta förhållande utgör f. n. ett besvärande hinder vad gäller möjligheterna att utföra mer tandhälsovård inom privattandvården. Enligt vår mening är det därför angeläget att frågan om de privata tandsköterskornas behörighetsutbildning ges ett sådant samhälleligt stöd att den kan lösas. En ökande andel utbildningsplatser kunde exempelvis reserveras för de privat verksamma tandsköterskornas behörighetsutbildning.

12.4 *Patientens medverkan – en utvecklingsbar tandvårdsresurs*

Som vi redovisat i avsnitt 2 visar företagna undersökningar att den förebyggande tandvården till vuxna i första hand måste utformas som en individuell profylax. Därav följer att tandhälsovårdens resultat i den vuxna befolkningen kommer att vara starkt beroende av i vilken omfattning patienten själv vill och kan ta ansvar för förebyggande åtgärder. Någon möjlighet att som villkor för vård kräva att patienten vidtar egna åtgärder finns inte. Goda kostvanor och daglig skötsel av tänder och munhåla kommer knappast till stånd utan ett faktiskt intresse och engagemang hos individen. Därför måste tandvården, med hjälp av utbildning och instruktion, stöd och stimulans samt kompletteringar av individens egna insatser då dessa inte räcker till, söka att hos sina patienter bygga upp och vidmakthålla engagemang för en aktiv medverkan. Vi ser detta som en huvuduppgift för det framtida tandvårdsteamet.

Patienten måste sålunda informeras, utbildas, instrueras och engageras. Det kan vara motiverat att fråga sig om detta inte skulle kunna ske med hjälp av exempelvis TV och lokalradio eller genom brett upplagda informationsinsatser av typ artiklar och reklam i dags- och veckopress, reklamfilm, massdistribution av professionellt utformade broschyrer, affischkampanjer osv. Erfarenheterna från tandhälsovårdsarbetet hittills pekar dock på att man endast kan förvänta begränsade resultat av sådana informationsinsatser.

Det kan likväl antas att exempelvis tandkrämsreklamen bidragit till att många människor övergått till att använda fluortandkräm. I någon mån torde tandvårdsreklam även kunna modifiera effekterna av reklam för snask och läskedrycker. Sannolikt kan massmediainsatser av olika slag också stimulera människor som tidigare endast sökt tandvård sporadiskt att ta initiativ till att efterfråga tandhälsovård hos tandvårdssystemet. Framför allt tror vi dock att denna typ av tandhälsovårdsinformation kan ge stöd till de människor som fått information av tandvårdspersonal i samband med tandbehandling och som behöver stimuleras att upprätthålla goda vanor. Det är t. ex. möjligt att förstärka tandvårdspersonalens varningar för sockerhaltiga mellanmål genom insatser via massmedia.

De munhygieniska åtgärderna måste som tidigare poängterats hos den vuxna patienten ofta direkt anpassas till aktuellt tandstatus. Som regel fordras en systematik och en noggrannhet i utförandet som medför att de måste tränas in under direkt ledning av tandvårdspersonal.

En viktig förutsättning för att en patient skall känna sig engagerad att ändra sina vanor och regelbundet utföra profylaktiska åtgärder är att patienten förstår varför åtgärderna behövs, hur de skall utföras och vilka resultat som är möjliga. Detta innebär bl. a. att den faktaredovisning som krävs för att patienten skall förstå värdet av de profylaktiska insatserna behöver ges av tandvårdspersonal under förhållanden som medger tillfälle till frågor och diskussion.

För individen måste det ligga en vinst i att ändra attityder och vanor. Vinsten måste upplevas som större än besväret att t. ex. utföra ett merarbete. För att vidmakthålla engagemang under lång tid räcker det därför inte med tillfälliga insatser från tandvårdspersonalens sida. Återkommande kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen innefattande samtal om uppnådda resultat, modifieringar av patientens teknik och kompletteringar av hans insatser har visat sig nödvändiga för att engagemanget inte skall gå förlorat.

Ett sätt att påskynda utvecklingen mot en mer profylaxinriktad vuxentandvård är alltså enligt vår uppfattning att satsa på ett ökat engagemang hos patienterna själva. Framgångar inom detta område skulle sannolikt verksamt bidra till att behovet av tandvårdspersonal begränsades. I nästa avsnitt tar vi därför upp frågan om hur tandvårdspersonalens kompetens att bygga upp engagemang och kunskaper hos patienterna skall utvecklas.

Vi vill i sammanhanget också poängtera att patientens vilja att intressera sig för tandhälsovråd påverkas av i vilken utsträckning han upplever tandhälsovården som viktig. Ett sätt att markera den förebyggande vårdens vikt i förhållande till andra åtgärder är att låta förebyggande tandvård vara billigare än tandsjukvård. Vi återkommer till detta i avsnittet om en tandhälsobefrämjande tandvårdstaxa.

12.5 *Prioritera efterutbildning i "informationskunskap"*

Vi anser att alla vuxna tandvårdspatienter i framtiden skall ha en tandhälsovård som bygger på deras egna aktiva medverkan. Tandvårdens uppgift blir därmed att se till att patienten förstår och vill ansvara för att det är den egna insatsen under årets alla dagar som bestämmer tandhälsotillståndet

och inte de få timmar per år som tandvårdspersonalen kan bidra med.

De åtgärder som patienten skall vidta är inte tekniskt avancerade. De innebär dock ofta att vanor måste läggas om, vanor som ligger inom gränsen för den personliga integriteten och som är grundlagda i tidig barndom. Det handlar följdaktligen både om attitydförändring och om ny teknik där attityden är betydligt svårare att förändra än tekniken. Inlärningssituationen måste därför vara utformad så att den ger anledning till såväl "avlärning" av gammalt beteende som inlärning av nytt.

Vi anser att tandhälsovårdsinformation via massmedia och liknande kanaler behövs i framtiden: Men som vi i olika sammanhang i det föregående framhållit, så är det först i en återkommande dialog mellan patient och tandvårdspersonal som man med tandhälsovårdsinformation har reella möjligheter att åstadkomma kunskapsuppbyggnad och attitydförändring. Därför är enligt vår mening den angelägnaste frågan inom informationsområdet hur man ska förbättra tandvårdspersonalens förutsättningar att via direktkontakter hjälpa patienterna till goda tandhälsovanor.

Kunskaperna om tandsjukdomarna och hur de förebyggs är goda hos i princip all utbildad tandvårdspersonal. *Innehållet i informationen* är sålunda väl känt. Nyheter presenteras via en rad etablerade kanaler. I såväl enskilda tandläkares som folktandvårdens arbetsledaransvar ligger att förmedla nyheter och se till att de uppfattas av tandvårdsteamet och används i klinikens/mottagningens verksamhet. I deras personalutvecklingsansvar ligger att aktivt medverka till att deras anställda erhåller den efterutbildning de behöver för att efter förmåga medverka i tandhälsovårdsarbete. Legitimationen innebär att tandläkaren har ett ansvar också för sin egen efterutbildning.

Kunskaper om hur *information, instruktion och undervisning bör bedrivas* för att ge effekter hos patienter i form av kunskaper, ändrade attityder och beteenden finns också inom tandvårdssystemet. Kunskaperna har dock enligt vår mening otillräcklig spridning. Utveckling av tandvårdspersonalens kunskaper på dessa områden bör därför prioriteras mycket högt i efterutbildningen i framtiden. Det är vårt viktigaste ställningstagande i detta avsnitt.

Muntlig information, undervisning och instruktion behöver ofta kompletteras med information via broschyrer och liknande hjälpmedel. Det finns också ett stort utbud av dylika hjälpmedel i dag. Så redovisar t. ex. Medicinalansvarskommittén i sitt delbetänkande om patientinformation (SOU 1977:66) ett 50-tal undervisningsfilmer inom tandvårdsområdet. AV-hjälpmedel kan dock inte ersätta direktinformation och individualiserad dialog. Kunskaper om utformning, innehåll och användning av AV-hjälpmedel bör därför ingå i efterutbildningen.

I sammanhanget vill vi påpeka att information och undervisning av invandrare kan innebära särskilda problem, inte bara p. g. a. språksvårigheter utan också till följd av skilda bakgrundskunskaper och olika kulturell bakgrund. Dessa frågor kan behöva ägnas särskild uppmärksamhet. Lokalt kan samarbete tas upp med invandrarorganisationerna i syfte att få deras medverkan vid utformandet av information och undervisning.

Vår uppfattning är sålunda att efterutbildningen av tandvårdspersonal bör prioritera aktiviteter som ökar deras kompetens att skapa inlärningssituatio-

ner som möjliggör för patienten att både inhämta adekvata kunskaper och göra personliga värderingar av tandhälsovårdens möjligheter. Personalens förmåga i dessa avseenden är nämligen enligt vår mening av utomordentlig betydelse för hur många människor som tandvårdens resurser skall räcka till.

13 Tandhälsovårdsbefrämjande tandvårdstaxa

Vi är medvetna om att frågan om tandvårdstaxans konstruktion av TU 78 behandlas i annat sammanhang. Vi anser dock att vi inom ramen för vårt uppdrag bör kunna göra vissa påpekanden i anslutning till den del av kommitténs direktiv som berör tandvårdstaxans betydelse för den förebyggande tandvården:

"Kommittén bör vid sin granskning av tandvårdstaxans sammansättning göra en bedömning av taxans effekter på vårdefterfrågan. Det är härvidlag en självklar utgångspunkt att taxans avgiftssättning bör stimulera patienterna till åtgärder som har förebyggande karaktär. Taxan bör å andra sidan endast ge särskild stimulans till åtgärder som normalt kan antas få en förebyggande effekt och som annars sannolikt inte skulle komma till stånd i samma omfattning. I detta sammanhang bör kommittén vidare överväga om det nuvarande ersättningssystemet för behandling av tandhygienist har fått en lämplig utformning eller om det är möjligt att genom ändrad utformning av taxebestämmelserna medverka till en ökad andel förebyggande åtgärder."

Tandvårdstaxan kan självfallet tas i anspråk för att stimulera utvecklingen mot en mer tandhälsovårdsinriktad verksamhet inom tandvården. Stimulansen kan avse såväl patientens som tandvårdspersonalens ekonomiska villkor. Vi har tidigare pekat på att tandhälsovårdens betydelse kan markeras av samhället genom att förebyggande åtgärder erbjuds patienten till lägre kostnad än tandsjukvårdande.

Många privattandläkare anser f. n. att det är företagsekonomiskt tveksamt för dem att utöka tandvårdsteamet eller att ändra arbetsmetoder för att öka profylaxinsatserna. Enligt tandläkartaxan skall profylax tidsdebiteras. För många tandläkare innebär detta en lägre intäkt än då styckeprisdebiterad tandvård utförs. Vidare uppfattas tandhygienisttaxan som så låg att den inte ger erforderlig kostnadstäckning för bedrivande av tandhygienistverksamhet. Någon utredning som entydigt bekräftar detta finns emellertid inte. Det bör också påpekas att några praktiska möjligheter att utöka hygienistverksamheten inom privattandvårdssektorn tills helt nyligen inte funnits då utbudet av tandhygienister varit begränsat. Den 1 september 1981 fanns emellertid enligt uppgift från SACO/SR:s allmänna tjänstemannaförbund SRAT fem arbetslösa tandhygienister, som uppbar ersättning från arbetslöshetskassa.

Vi finner det naturligt att såväl tandläkartaxa som tandhygienisttaxa och hygientandsköterskетaxa ger en likartad kostnadstäckning. Denna princip menar vi vara riktig för att säkerställa en vidgad profylax både inom folktandvård och privattandvård.

Vi har tidigare i flera avseenden berört socialstyrelsens tandhälsovårdsprogram för vuxna – Ramvux. Den arbetsgrupp som socialstyrelsen tillsatt

för att arbeta fram detta program har i samband med överlämnandet av sitt arbete tillskrivit TU 78 och bl. a. påpekat:

"Målsättningen för RAMVUX – sådan den tidigare angivits – står sålunda i överensstämmelse med den allmänna hälso- och sjukvårdspolitiska inriktningen. Avgörande för om RAMVUX' målsättning skall kunna omsättas i ett handlingskraftigt program är emellertid att detta ges tillräckliga personella och ekonomiska resurser. Tandvårdstaxan i sin nuvarande utformning gynnar knappast den moderna orsaksinriktade vården.

Mot bakgrund av vad ovan anförts får arbetsgruppen för RAMVUX hemställa, att TU 78 i sitt förslag till taxans framtida utformning beaktar att taxan bör stimulera såväl patient som berörda tandvårdspersonalgrupper till aktiva tandhälsovårdsinsatser.

Erfarenheterna från barn- och ungdomstandvården visar att initialt höga kostnader för förebyggande insatser snabbt ger återbäring i form av god tand- och munhälsa och därmed också i avsevärt reducerade kostnader för reparativ vård.

Från privattandläkarhåll har också hävdats att nuvarande taxa inte ger utrymme för de kapitalkostnader som krävs för att klara nödvändiga investeringar i om-, ny- eller tillbyggnad av behandlingslokaler, erforderliga för att bereda profylaxpersonal tillfredsställande arbetsplatser.

Principen om tandläkartaxans neutralitet anser vi vara viktig. Det innebär att vi tills andra system kan etableras anser att det skall ge samma ekonomiska behållning för tandläkaren att arbeta med profylax som att arbeta med tandsjukvård. Ett av skälen till att TU 78 genomför arbetsstudier inom privattandvård och folktandvård är att tandläkartaxans neutralitet ifrågasatts.

14 Enkla effektmätningar på kliniknivå

I det följande används begreppet effekt i betydelsen "registrerad relation mellan insatt åtgärd och erhållet utbyte".

Hittills synes tandläkarnas intresse för effektmätningar huvudsakligen ha gällt mätningar av behandlingsresultat hos enskilda patienter samt mätningar av tandhälsovårdseffekter i stora populationer. Däremot är det mindre vanligt att enskilda tandläkare intresserat sig för hur många patienter som behandlas vid deras klinik eller mottagning.

Vi menar dock att det för att stimulera till en mer populationsinriktad tandvård är angeläget att man riktar uppmärksamhet mot patientgenomströmningen vid enskilda kliniker och mottagningar. En ökning av revisionsintervallen är ett sätt att skapa utrymme, för att ta emot nya patienter i tandvården. Ett annat sätt är att minska medelbehandlingstiderna. Alltså bör tandläkarna stimuleras att göra sådana registreringar i sin verksamhet att de får möjligheter att följa utvecklingen av medelbehandlingstiderna och hur patientgenomströmningen påverkas av olika slag av planerings- och/eller behandlingsinsatser.

Möjligheten att använda epidemiologiska system för att närmare följa utvecklingen av befolkningens tandhälsa bör tillvaratas så snart resurser föreligger.

Enskilda tandläkare kan komma att uppleva en målkonflikt mellan att ta hand om alltfler patienter och att bibehålla eller höja kvaliteten på

tandvården till enskilda patienter. Vi anser därför den utveckling av system för odontologisk kvalitetsbedömning som påbörjats inom Praktikerbolagen vara angelägen. Vi menar också att sådana system helt eller delvis bör kunna inrymmas i de tidigare beskrivna behandlingsprogrammen.

System för odontologisk kvalitetsbedömning bör kunna avse diagnostik, terapiplanering, prognostik, den tekniska kvaliteten i behandlingen m. m. Väsentligt är att de system som tas fram kan användas av tandläkarna själva för att följa upp egna åtgärder. Systemen skall alltså verka i stimulerande syfte.

Försök med företagstandvård

Bilaga 1a. Tandhälsovårdsklinik på Kockums Varv i Malmö

Bakgrund

Kockums Varv har ungefär 5 000 anställda varav 3 500 är kollektivanställda varvsarbetare och resten tjänstemän.

År 1965 undersöktes tandtillståndet på ca 1 900 av de anställda (Hilding Björn, 1971). Det visade sig att 6 % av tjänstemännen och 12 % av varvsarbetarna saknade egna tänder. Antalet kvarvarande tänder minskade i de högre åldersgrupperna. Tjänstemän hade i genomsnitt fler kvarvarande tänder och något mindre parodontala skador än arbetare.

De tjänstemän som deltagit i tandundersökningen år 1965 undersöktes på nytt år 1971 (Anna-Lisa Björn, 1974). Vid denna undersökning visade det sig att individer som hade fått tandvård en gång per år under perioden 1965–1971 hade endast obetydligt färre kariesläsioner och ungefär lika mycket tandsten som de personer, som endast sporadiskt besökt tandläkare. Samma mängd periodontalt ben hade förlorats under de sex åren i gruppen med årliga som i sporadiska tandläkarbesökare. Den traditionella typen av tandvård med en reparativ inriktning syntes inte ha förmått att förhindra en försämring av tandtillståndet.

Delvis som en följd av de två nämnda undersökningarna öppnades en tandklinik på Kockums varv år 1973. De fynd man hade gjort i samband med tandundersökningarna ledde till att kliniken fick en profylaktisk inriktning redan från början.

Klinikens storlek

Klinikens personalstab består av 3 tandläkare, 1 receptionist, 2 tandhygienister och 6 tandsköterskor. Alla sköterskorna har profylaxutbildning och alternerar mellan att assistera och meddela profylaxbehandling.

Kliniken, som är belägen centralt på varvsområdet, har totalt 8 behandlingsplatser. Av dessa är 4 belägna i ett öppet, större behandlingsrum. I detta arbetar en tandläkare och profylaxpersonal tillsammans. Avsikten är att underlätta handledningen av profylaxpersonalen genom att tandläkare, tandhygienist och profylaxtandsköterskor arbetar sida vid sida i en större behandlingsenhet. Erfarenheterna av arrangemanget är mycket positiva.

Behandlingsprinciper

Tandvården omfattar akuttandvård, förebyggande tandvård samt parodontal, endodontisk, konserverande och protetisk behandling. Så fort den inledande tandläkarbehandlingen är avslutad förs patienten över till ett system för recidivprofylax. I detta program ingår plackkontroll var 3:e månad. Denna utförs antingen av profylaxtandsköterska eller tandhygienist beroende på hur stort behovet är för att även avlägsna tandsten. Vid dessa kontrollbesök, som tar ca 30 minuter, får patienten eventuell nödvändig reinstruktion vad gäller de munhygieniska åtgärderna samtidigt som professionell tandrengöring utförs. Efter en viss tid har vissa patienter kallats med längre intervall än 3 månader. Samtliga patienter får en undersökning av tandläkare och eventuell tandläkarbehandling en gång per år.

Från början var det meningen att många patienter enbart skulle få den profylaktiska behandlingen vid kliniken medan patientens tidigare tandläkare skulle sköta den reparativa vården. Det har dock visat sig att flertalet patienter, som tidigare haft tillgång till tandläkare, önskat få hela tandvården utförd vid kliniken.

Patienter

När kliniken öppnade gavs de individer förtur som deltagit i de förut nämnda undersökningarna. I den takt som resurserna medgivit det har även andra personer getts möjlighet att få behandling vid kliniken. Hittills har drygt 2 500 fått fullständig tandbehandling för att sedan deltaga i det beskrivna programmet för recidivprofylax.

Många av patienterna har innan man började på kliniken varit sporadiska tandläkarbesökare. Man räknar med att ca 50 % av varvsarbetarna och 25 % av tjänstemännen tillhör denna grupp. Till de nu regelbundna patienterna har kliniken lyckats knyta ett antal tidigare tandvårdsrädda patienter. En annan grupp av klinikens patienter utgörs av dem som inte vill ta ledigt för att gå till tandläkare. Såväl arbetare som tjänstemän får visserligen ledigt för tandläkarbesök men löneavdrag görs för den tid man är borta. Inte minst för arbetarna, som måste byta om, kan bortovaron för att göra tandläkarbesök inne i Malmö blir så lång att man av ekonomiska skäl försöker undvika tandläkarbesök. Frånvaron för att besöka varvets tandklinik blir väsentligt kortare eftersom den ligger inom arbetsplatsen och man inte behöver byta om för ett besök där.

Vilka som skall få bli patienter på kliniken och hur turordningen läggs upp klaras ut genom regelbundna träffar mellan klinikledningen och de olika fackklubbarna.

Genom enkäter vet man att ungefär ytterligare 1 000 personer önskar bli patienter vid kliniken. Man räknar med att inom de närmaste åren kunna klara denna efterfrågan utan att bygga ut klinikens resurser.

Utvärdering

En utvärdering av den hittillsvarande verksamheten presenterades i december 1979 i form av en doktorsavhandling (Göran Söderholm, 1979). Denna

undersökning baserar sig på en uppföljning av tandhälsan mellan åren 1974–1978 för 256 tjänstemän och 186 arbetare vilka under denna tid fått behandling vid kliniken. Undersökningen visade att tandvårdsprogrammet vid kliniken efter 3–4 års verksamhet lett fram till

- förbättrad munhygien
- reducerad förekomst av tandsten
- förhindrad progression av förlusten av alveolärt ben
- minskat antal nya kariesskador och
- minskat antal tandförluster.

hos klinikens patienter jämfört med förhållandet innan dessa individer började som patienter vid kliniken. Detta kunde konstateras genom att de undersökta patienterna deltagit i undersökningarna 1965 respektive 1971.

Kostnader

Kostnaderna för att driva kliniken har inte redovisats officiellt. Rent allmänt har det sagts att företaget får skjuta till pengar. I det sammanhanget bör man komma ihåg att hittills har kliniken fungerat som en forskningsklinik.

All debitering sker enligt tandvårdstaxa.

Samtlig personal har fast lön. Lönenivån uppges ligga något över den i folktandvården.

Bilaga 1b. Tandhälsovårdsklink på försäkringsbolaget Skandia i Göteborg

Bakgrund

Inom den organiserade barn- och ungdomstandvården lämnas såväl individuell som kollektiv tandhälsoupplysning. Detta torde vara en av förklaringarna till den minskning av kariesfrekvensen som iakttagits hos barn och ungdom under det senaste årtiondet. Inom vuxentandvård finns däremot få möjligheter till kollektiv hälsoupplysning. Krasse föreslog därför (1976) att en kader av tandhälsoupplysare, "tandskyddsombud", skapas på arbetsplatsnivå. Tandskyddsombuden skulle utbildas till att kunna informera sina arbetskamrater om förebyggande åtgärder mot karies och parodontit.

Ett försök med tandskyddsombud genomfördes vid företaget, som har drygt 500 anställda tjänstemän, under våren 1977. Personalen utsåg inom sig 18 personer till s. k. tandskyddsombud. Dessa fick under 2 gånger 3 timmar utbildning av tandläkare om tandsjukdomarnas orsaker och möjligheter att förebyggas. På företaget ordnade sedan tandskyddsombuden träffar med sina arbetskamrater varvid tandhälsoinformation lämnades dels muntligt, dels med hjälp av AV-program. Vid dessa träffar deltog sex till åtta anställda. Genomsnittlig tidsåtgång för en träff var 85 minuter varav ungefär 25 minuter upptogs av AV-program. En uppföljande tandhälsoinformation genomfördes ca 9 månader senare. Samma grupper och ca 55 minuters tidsåtgång.

Sedan i stort sett hela personalen deltagit i informationsträffar beträffande tandhälsovård framfördes önskemål till företagsledningen om att inrätta en profylaxklinik vid företaget. De anställda ansåg att man inte fick tillräckligt med tandhälsovårdsinformation hos sin ordinarie tandläkare. En tandklinik med uttalad profylaxinriktning kunde också öppnas vid företaget den 1 juli 1978.

Klinikens storlek

Kliniken är inrymd i anslutning till företagets hälsovårdscentral. Det finns två behandlingsrum. Vid kliniken finns 1/2 tjänst som tandläkare, 1 tandsköterskетjänst och 1 hygienisttjänst. Tandsköterskan har profylaxutbildning och arbetar ca 12 timmar i veckan med egna patienter.

Behandlingsprinciper

Alla patienter över 30 år besöker först tandhygienisten. Sedan genomför tandläkaren undersökning och ev. parodontala operationer. De anställda återkallas sedan för regelbundna kontroller, individanpassat från 1 gång per månad till 1 gång per år. Normalintervall är ca 3 ggr. per år. Beroende på svårighetsgrad och parodontitens utbredning sköts dessa kontroller av tandhygienist eller profylaxtandsköterska. Alla patienter kallas till tandläkaren på nytt med 12 till 15 månaders intervall. Hela tandhälsoupplysningen

sköts numera av klinikens personal dvs. de s. k. tandskyddsombuden har kunnat lägga ner sin verksamhet.

Avsikten med kliniken har hela tiden varit att i första hand syssla med profylax. Ungefär 3/4 av patienterna går därför kvar hos sina tidigare privata tandläkare. Kliniken har informerat dessa tandläkare om sin verksamhet genom särskild skrivelse. Kontakten mellan kliniken och privattandläkarna uppges vara mycket god. Så har t. ex. ofta tandläkarna kontakt med klinkens hygienist för att diskutera patientfall.

Patienter

F. n. är ca. 500 patienter registerade vid kliniken. Endast 60 anställda har direkt tackat nej till profylaxbehandling vid kliniken. Nyanställda kallas till kliniken. Ungefär 5 % av patienterna saknar egen tandläkare. Av dessa är en del att betrakta som tidigare tandvårdsrädda personer.

Kliniken räknar med att snart kunna ta hand om ytterligare patienter från lokalkontoren i Göteborgsregionen. Man har även diskuterat att sälja viss service till andra företag. Företagsledningen vid regionkontoret i Göteborg uppger att ett problem är personalens önskemål om motsvarande tandhälsovårdskliniker vid t. ex. regionskontoret i Stockholm. Eftersom etableringsrätten för klinikens tandläkare varit mycket svår att erhålla tror man inte på möjligheten att hitta tandläkare till ytterligare kliniker.

Utvärdering

Personalens inställning till tandskyddsombuden och den attitydförändring dessa åstadkom har utvärderats (B Hager och B Krasse, 1980). Detta skedde genom en enkät till de anställda. Denna visade att ca. 70 % av de anställda var positiva till att bli informerade av tandskyddsombud redan före första informationstillfället. Efteråt var ca 90 % positiva till sådan information.

2 % angav att de före informationen använde fluorlösning för munsköljning. Efter informationen hade ytterligare 28 % börjat använda sådan lösning. Efter andra informationen uppgav 50 % av de tillfrågade att de minskat frekvensen av sackarosförtäring, vilket också kunde avläsas av lactobacilltest före och efter informationerna.

Sedan kliniken startade har uppgifter från det första undersökningstillfället sammanställts med motsvarande data från undersökningstillfälle två. I genomsnitt har det förflutit 15 månader mellan dessa undersökningar, en tid under vilken patienten fått profylaxbehandling vid kliniken. Antal patienter i procent med fördjupade tandköttsfickor och antal fickor per patient vid undersökning 1 och 2 framgår av följande sammanställning:

			Ålder		
			21–35	36–50	51–65
Tandköttsfickor 8 mm –	us 1	antal patienter %	0	19,4	38,0
		antal fickor/pat.	0	2,4	3,6
	us 2	antal patienter %	0	2,8	16,0
		antal fickor/pat.	0	1,0	2,0
Tandköttsfickor 5–7 m.m.	us 1	antal patienter %	10,5	38,9	69,4
		antal fickor/pat.	3,2	12,7	12,6
	us 2	antal patienter %	10,5	38,9	61,1
		antal fickor/pat.	2,0	5,3	8,9

Samtliga patienter med tandköttsfickor minst 8 m.m. djupa hade även tandköttsfickor 5–7 m.m.

Även antal initiala och manifesta kariesangrepp var klart högre vid undersökningstillfälle 1 än vid undersökningstillfälle 2.

Hittills genomförda uppföljningar tyder på att verksamheten vid kliniken under ca. 2 år medverkat till att de anställda fått en klart bättre tandhälsa än de hade före starten. De upplever också verksamheten som mycket positiv.

Kostnader

All debitering sker enligt tandvårdstaxans bestämmelser. Samtlig personal är anställda med fast lön.

Verksamheten har hittills inte kunnat drivas utan ekonomiskt tillskott från företaget. Under år 1979 uppgick underskottet till ca. 85 000 kronor.

Bilaga 1c. Tandkliniken på Götaverken

Bakgrund

Företagstandvård introducerades redan under 60-talet vid varven i Göteborg. Avsikten var då i första hand att ge akuttandvård till de anställda. När en klinik öppnades på Eriksberg år 1973 fick den dock redan från början en inriktning mot tandhälsovård. I och med varvskriserna är dock denna klinik nedlagd sedan 1978 och verksamheten delvis överflyttad till Götaverken Arendal.

Antalet anställda vid Götaverken Arendal är f. n. 3 000 och vid Götaverken Cityvarvet arbetar drygt 3 000. Götaverkens totala verksamhet i Göteborg sysselsätter f. n. ca 7 100 personer.

Klinikernas storlek

Det finns f. n. två tandkliniker, en på Arendal och en på Cityvarvet. Bägge klinikerna är belägna mitt inne på varvsområdena. Vid Arendalskliniken arbetar 3 1/2 tandläkare och vid den andra kliniken 3 tandläkare. Sammanlagt finns det vid klinikerna anställda 8 1/2 tandsköterska, 2 övriga personal och 1 tandtekniker. Bägge klinikerna har fullt utrustade laboratorier men det är endast Cityvarvets som är igång. Man har f. n. ingen tandhygienist anställd.

Av ekonomiska skäl skall verksamheten minska under år 1981 i en sådan omfattning att endast 4,5 tandläkare skall vara anställd. Man räknar med att detta skall räcka med tanke på att antalet varvsarbetare har minskat och kommer att minska. Någon neddragning av antalet tandsköterskor är inte planerad.

Behandlingsprinciper

De flesta nya patienter kommer till kliniken p.g.a. akuta tandbesvär. Det finns dock blanketter ute på arbetsplatserna för att anmäla sig till tandvård. Varje patient får sedvanlig sanerande och profylaktisk behandling. Patienterna återkallas som revisionspatienter efter 8–9 månader. Någon profylaktisk behandling däremellan förekommer f. n. inte. De sköterskor som har profylaxutbildning tar i dag hand om rätt stor del av rutinprofylaxen.

Nya patienter vid kliniken på Arendal får gruppinformation om tandhälsovård. Motsvarande information lämnas också till eleverna på industriskolan.

I och med nästa år skall man pröva ett system med kallelse av samtliga anställda. De skall då erbjudas tandbehandling vid klinikerna eller för dem som så önskar enbart tandhälsovård. Man räknar med att vissa individer inte vill lämna sin gamla tandläkare men kan då få den profylaktiska behandlingen vid klinikerna. Vartefter som de anställda tandsköterskorna får profylaxutbildning räknar man med att kunna ge ett antal av patienterna en plackkontroll även mellan revisionsbesöken. Det angivna systemet prövades med stor framgång under den tid som kliniken på Eriksberg var igång.

Vid företagen finns en kommitté för företagshälsovård med fackliga representanter. Där diskuteras även tandvårdens uppläggning och inriktning.

Patienter

Man räknar med att ungefär 70 procent av de anställda får sin tandvård vid de två klinikerna. Anslutningsprocenten är ungefär samma för tjänstemän som kollektivanställda. Varje tandläkare beräknas klara av ca. 1 200 patienter.

Man har f. n. ingen väntelista men detta har tidigare varit det stora problemet då det tog ett par år för en ny patient att få behandling vid kliniken. Väntelistorna arbetades bort dels genom ökade resurser, dels genom en etappbehandling av akutpatienter.

Besök vid klinikerna föranleder inte något löneavdrag. Detta gäller även vid besök i Göteborg hos specialisttandläkare om klinikernas tandläkare utfärdat remiss. Besök hos annan tandläkare under arbetstid medför däremot löneavdrag.

Utvärdering

Någon utvärdering av verksamheten motsvarande undersökningarna vid Kockums har inte utförts.

Verksamheten vid klinikerna uppskattas mycket av de anställda som motsatt sig varje förslag från företagsledningen att lägga ned verksamheten.

Kostnader

Bägge klinikerna ger underskott. Totalt låg detta underskott år 1979 i storleksordningen 1 miljon kronor. Underskottet fördelas på samtliga de företag i Göteborg som ingår i Götaverkskoncernen.

Samtlig personal har fast lön. Debitering sker efter tandvårdstaxan. Även uteblivande, som inte är något stort problem, debiteras fullt ut.

Bilaga 1d. Tandkliniken på SKF i Göteborg

Bakgrund

Tandkliniken på SKF är den företagstandvård som funnits längst. Redan år 1950 startade kliniken. Tandvård för de anställda till subventionerad taxa var ett led i företagets omfattande sociala verksamhet. Bidragande motiv var också att minska frånvaron vid akuta besvär samt att reducera bortovaron i samband med tandvårdsbehandling. Sådan innebar i regel tidsödande resor till centrala delar av stan.

Vid SKF i Göteborg finns f.n. 4 200 anställda. Arbetsstyrkan väntas öka något under den närmaste framtiden.

Klinikens storlek

Vid kliniken finns f. n. anställda 2 1/2 tandläkare, 2 1/2 tandsköterskor, 1 elev och 1 receptionist. Från och med årsskiftet kommer man även att ha en tandhygienist anställd.

Vid kliniken arbetade tidigare 5 st tandläkare. Etableringskontrollen har dock medfört att varefter som tandläkare slutat och tagit sina etableringar med sig så har man inte kunnat rekrytera några nya tandläkare.

Behandlingsprinciper

Vid kliniken bedrivs allmän tandvård med ambitionen att så långt resurserna tillåter alltmer lägga tyngdpunkten på profylaktisk behandling.

Man har f. n. tre års väntelista för saneringspatienter. Det har diskuterats om man med hjälp av en etappvård kunde få ner antalet akutpatienter. Det låga antalet tandläkare har dock gjort att man aldrig hinner med ett sådant försök p.g.a. det stora antalet akutpatienter. De fackliga representanterna önskar också att kliniken prioriterar den rena akuttandvården. Denna och uppföljningen av den upptar ca. 40 % av verksamheten.

Patienter

Många av klinikens akutpatienter saknar egen tandläkare. Detta förklaras delvis av att ca. 40 % av arbetarna är invandrare. Efter utförd behandling(akut) uppmanas dessa patienter att söka behandling ute på stan. Ytterst få arbetare gör detta utan sätter i stället upp sig på klinikens väntelista.

Kostnader

Tandläkarna vid kliniken har fast lön plus tantiem motsvarande folktandvårdens tantiemprocent. Patienterna debiteras helt efter tandvårdstaxans bestämmelser. Verksamheten går med ett underskott på ca. 300 000 kr per år.

KUNGL. BIBL.
1982-03-01
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1982

Kronologisk förteckning

1. Real beskattning. B.
2. Real beskattning. Bilaga 1–3. B.
3. Real beskattning. Bilaga 4–6. B.
4. Tandvården under 80-talet. S

Statens offentliga utredningar 1982

Systematisk förteckning

Socialdepartementet
Tandvården under 80-talet. [4]

Budgetdepartementet
Realbeskattningsutredningen. 1. Real beskattning. [1] 2. Real beskattning. Bilaga 1–3. [2] 3. Real beskattning. Bilaga 4–6. [3]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1982-03-01
STOCKHOLM

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-06419-7
ISSN 0375-250X