

Regeringens proposition

1979/80:148

om behov och utbildning av tandvårdspersonal, m.m.

beslutad den 20 mars 1980.

Regeringen föreslår riksdagen att antaga de förslag som har upptagits i bifogade utdrag av regeringsprotokoll.

På regeringens vägnar

THORBJÖRN FÄLLDIN

ELISABET HOLM

Propositionens huvudsakliga innehåll

Propositionen redovisar inledningsvis allmänna utgångspunkter för en bedömning av den framtida efterfrågan på olika kategorier av tandvårdspersonal.

Karolinska institutets enhet för tandläkarutbildning vid Holländargatan i Stockholm föreslås bli avvecklad. Som kompensation föreslås bl.a. en ökning med 40 nybörjarplatser per år på tandläkarlinjen vid Umeå universitet i samband med en planerad nybyggnad. Samtidigt förutsätts att utrustningen förnyas. Vidare skall universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) redovisa förslag till att öka intagningen med sammanlagt 20 elever inom befintliga lokaler för tandläkarutbildningen i Huddinge och Göteborg.

Vidare föreslås i propositionen att enskilda tandtekniska laboratorier skall kunna godkännas av statlig myndighet, om personalen vid laboratorierna uppfyller vissa kompetenskrav. Ersättning från den allmänna tandvårdsförsäkringen bör utgå endast för tandtekniskt arbete som utförts av godkänt laboratorium.

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1980-03-20

Närvarande: statsministern Fälldin, ordförande, och statsråden Ullsten, Bohman, Mundebo, Wikström, Friggebo, Mogard, Dahlgren, Asling, Söder, Burenstam Linder, Johansson, Wirtén, Holm, Andersson, Boo, Winberg, Adelson, Danell, Petri

Föredragande: statsråden Holm, Söder och Wikström

Proposition om behov och utbildning av tandvårdspersonal, m.m.

Statsråden Holm, Söder och Wikström anmäler sina förslag om behov och utbildning av tandvårdspersonal, m.m.

Anförandena redovisas i underprotokollen för social- resp. utbildningsdepartementet.

Statsrådet Holm hemställer att regeringen i en proposition föreslår riksdagen att antaga de förslag som hon samt statsråden Söder och Wikström har lagt fram.

Regeringen ansluter sig till föredragandenas överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga de förslag som föredragandena har lagt fram.

Regeringen beslutar att de anföranden och förslag som redovisas i underprotokollen skall bifogas propositionen som bilagorna 1 och 2.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1980-03-20

Föredragande: statsrådet Holm såvitt avser frågorna under avsnitt 1 och statsrådet Söder såvitt avser frågorna under avsnitt 2.

Anmälan till proposition om behov och utbildning av tandvårdspersonal, m.m.

1 Dimensioneringen av olika kategorier av tandvårdspersonal, m. m.

1.1 Inledning

Regeringen uppdrog den 29 november 1974 åt socialstyrelsen att i samarbete med dåvarande universitetskanslersämbetet och skolöverstyrelsen utreda den långsiktiga efterfrågan på tandvårdspersonal. Med anledning härav tillkallade socialstyrelsen en ledningsgrupp. Gruppen antog namnet socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning. Socialstyrelsen beslöt vidare att erforderligt samråd med tandvårdshuvudmännen och personalorganisationerna skulle ske via en samrådsgrupp till vilken Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Sveriges tandläkarförbund, Svenska tandläkarsällskapet, Svenska tandsköterskeförbundet, Sveriges tandhygienistförning samt Sveriges tandteknikers riksförbund inbjöds att låta sig representeras. Samrådsgruppen kompletterades senare med företrädare för Centralorganisationen SACO/SR och Tjänstemännens centralorganisation (TCO).

Utredningen har avgivit tre rapporter. (Ds S 1976:10) Tillgångsprognoser för tandvårdspersonal. (Ds S 1978:19) Den framtida arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården och (Ds S 1979:9) Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal. Utredningen har vidare givit ut en diskussionspromemoria, Planering för framtidens tandvård. En sammanfattning av rapporten Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal bör fogas till regeringsprotokollet i detta ärende som *bilaga 1.1*. Beträffande nuvarande förhållanden samt utredningens närmare överväganden hänvisas till rapporterna.

Efter remiss har yttrande över rapporten Den framtida efterfragan på tandvårdspersonal avgetts av socialstyrelsen, riks försäkringsverket, riksrevisionsverket (RRV), universitets- och högskoleämberget (UHÄ), skolöverstyrelsen (SÖ), 1978 års tandvårdsutredning (S 1978:01), Spri, Landstingsförbundet, Stockholms, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landstingskommuner, Malmö, Göteborgs och Gotlands kommuner, TCO, Landsorganisationen i Sverige (L.O), SACO/SR, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Sveriges tandläkarförbund, Svenska tandsköterskeförbundet, Sveriges tandhygienistförening, Sveriges tandteknikers riksförbund, Riksföreningen för tandhälsan (Tandvärdet) och Sveriges förenade studentkårer (SFS). Vissa remissinstanser har bifogat yttranden som de inhämtat. Sälunda har t.ex. UHÄ bifogat yttranden från rektorsämbetena vid vissa högskoleenheter. En sammanställning av remissyttrandena bör fogas till protokollet som *bilaga 1.2*.

1.2 Nuläge

Antalet verksamma inom tandvården har ökat kraftigt under de senaste decennierna. Sälunda ökade antalet yrkesverksamma tandläkare från ca 5 100 år 1960 till ca 7 800 år 1978. Det bör här nämnas att den ökning av utbildningskapaciteten för tandläkare som skedde vartermånen 1973 fick full effekt först under år 1979. Under samma period ökade antalet yrkesverksamma tandsköterskor¹ från ca 5 100 till ca 11 200. Antalet yrkesverksamma tandhygienister ökade från 150 år 1975 till ca 400 år 1978. Antalet yrkesverksamma tandtekniker uppgick år 1978 till ca 1 900².

Riksdagens beslut våren 1979 om en ny utbildning för tandläkare innebär, att grundutbildningen för tandläkare fr.o.m. höstterminen 1979 reformerades och förkortades från 5 år till 4 1/2 år. Samtidigt infördes en ettårig klinisk vidareutbildning i folktandvården. Regeringen har även uppdragit åt statens förhandlingsnämnd att - under förutsättning av godtagbara ekonomiska villkor - med berörda parter bl.a. träffa överenskommelse om att den vid högskoleenheterna bedrivna tandvården förs över till kommunalt eller landstingskommunalt huvudmannaskap och om att inordna specialistutbildningen för tandläkare i folktandvården.

Vidare beslöt riksdagen våren 1979 att en ny, tvåårig tandsköterskeutbildning inom gymnasieskolan skulle införas. Den nya utbildningen innebär att alla tandsköterskor får samma kompetens som profylaxtandsköterskorna har i dag.

¹ med behörighet eller dispens eller minst två ars yrkesverksamhet

² med behörighet eller dispens

Planeringsramen för tandläkarutbildningen är t.n. 500 nybörjarplatser, fördelade på Stockholm, Malmö, Göteborg och Umeå. Planeringsramen för utbildning av tandhygienister inom högskolan är t.n. 264 platser. Utbildningen är lokaliserad till Huddinge, Falun, Gävle, Örebro, Linköping/Norrköping, Jönköping, Lund/Malmö, Halmstad, Kristianstad, Göteborg, Borås, Karlstad, Umeå och Luleå. Antalet utbildningsplatser för tandsköterskor är ca 1 200. Flertalet tandvårdshuvudmän har tandsköterskeutbildning. Antalet utbildningsplatser för tandtekniker är 118.

SÖ har utarbetat en läroplan för etapputbildning av yrkesverksamma tandsköterskor utan tandsköterskeexamen. Målet för utbildningen motsvarar det allmänna utbildningsmålet för tvåårig utbildning till tandsköterska. Utbildningen omfattar ett teoretiskt avsnitt om 13 veckor inkl. tilläggsutbildningen till s.k. profylaxtandsköterska samt ca tre till fem veckors praktik. Eftersom tandvårdspersonalutredningen räknar med ca 3 000 oexaminerade tandsköterskor måste utbildningen enligt SÖ genomföras successivt med hänsyn till tillgängliga utbildningsresurser och tandsköterskornas möjligheter att delta i heltidsundervisning.

De sammanlagda kostnaderna för tandvården har ökat från ca 1,6 miljarder kr. år 1974, då tandvårdsförsäkringen infördes, till ca 3,5 miljarder kr. år 1979.

Enligt specialbearbetningar av försäkringsstatistiken som utförts av tandvårdspersonalutredningen besökte under fyraårsperioden 1974 - 1977 drygt 70 % av den vuxna befolkningen (17 år och äldre) någon gång tandläkare. Endast omkring 16 % besökte dock tandläkare under vart och ett av dessa år. Av uppgifter från försäkringsstatistiken framgår vidare att mindre än 5 % av de försäkrade under år 1978 tog i anspråk ca hälften av den tillgängliga tandläkartiden under perioden.

Utbudet av tandvård visar stora regionala skillnader. Tandläkartätheten i Malmö och Göteborgs kommuner är bl. a. mer än dubbelt så stor som i t.ex. Kalmar län och norrlandslänen.

År 1977 tillsattes den s.k. fluorberedningen (S 1977:113) med uppgift att behandla vissa frågor om användning av fluor i kariesförebyggande syfte.

En parlamentarisk kommitté (S 1978:01) har till uppgift att se över vissa frågor beträffande tandvården. Utredningen lade i januari 1979 fram ett delbetänkande (SOU 1979:7) Tandvården i början av 80-talet, som innehöll förslag till de åtgärder som på kort sikt erfordras för att trygga folktandvårdens utbyggnad. Utredningen beräknade att det mål för folktandvårdens utbyggnad, som sattes upp när tandvårdsförsäkringen infördes, skulle kunna nås någon gång under perioden 1982 - 1984. Detta kräver emellertid enligt utredningen att hela nettotillskottet av tandläkare tillförs folktandvården.

I regeringens proposition 1979/80:29 föreslogs i enlighet med utredningens förslag att den till tandvårdsförsäkringen knutna etableringsbegränsningen för privatpraktiserande tandläkare skulle förlängas att gälla t.o.m. år 1982. En viss skärpning av reglerna om etableringsbegränsning föreslogs i syfte att

åstadkomma en bättre regional fördelning av tandläkarresurserna. Vidare föreslogs att folktandvårdens vårdskyldighet fr.o.m. år 1981 skulle utvidgas till att gälla alla barn och ungdomar t.o.m. 19 års ålder. Socialstyrelsen skulle dock kunna ge dispens från denna skyldighet där resurser saknades för att tillgodose tandvårdsbehovet för samtliga åldersgrupper. Riksdagen beslöt i enlighet med förslagen i propositionen (SfU 1979/80:9, rskr. 1979/80:102).

1.3 Tandvårdens inriktning

Det övergripande målet för tandvården bör enligt tandvårdspersonalutredningen vara att tillgängliga vårdresurser används så att hela befolkningen uppnår en acceptabel tandhälsa som bidrag till individernas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Med acceptabel tandhälsa menas att tänderna hålls fria från karies och parodontit (tandlossning), att de går att tugga väl med samt att proteser fungerar tillfredsställande och inte förorsakar sjukliga förändringar i munhålan. Om denna målsättning skall kunna uppnås fordras att förebyggande åtgärder kommer hela befolkningen till del.

Förebyggande åtgärder inom vuxentandvården kan enligt utredningen bli lika effektiva som inom barn- och ungdomstandvården. Resultaten av olika försöksverksamheter med kontinuerlig förebyggande vård och behandling av vuxna patienter visar enligt utredningen att det är möjligt att åstadkomma och vidmakthålla en god tandhälsa även vid vuxen ålder. En undersökning, som refereras av utredningen, visar att förebyggande åtgärder som utförs av tandhygienist kan förhindra tandlossning samt i stort sett också fortsatt kariesutveckling hos vuxna. Tandvården måste dock organiseras på ett sådant sätt att dessa kunskaper kan tas till vara.

Inom vuxentandvården visar flera undersökningar att en stor del av den reparativa tandvården består av att förnya tidigare utförda arbeten. Detta förhållande styrker uppfattningen att man inte kan reparera bort tandsjukdomarna. Utredningens slutsats är att detta måste leda till att de vårdresurser som satsas på reparativa resp. förebyggande åtgärder omfördelas i framtiden. Utredningen framhåller samtidigt att den inte vill underskatta behovet av rent reparativ vård. Det torde enligt utredningen ta avsevärd tid, innan effekterna av förebyggande åtgärder får full genomslagskraft, eftersom den nuvarande vuxna befolkningen har tänder som skadats av tandsjukdomar.

Utredningen konstaterar att en satsning på förebyggande åtgärder inom barn- och ungdomstandvården med ca 800 - 1 000 profylaxtandsköterskor och 150 - 200 tandhygienister på sikt teoretiskt skulle inbespara omkring 900 tandläkares arbetsinsats under förutsättning att dessa personer är jämnt fördelade över landet och har en så gynnsam fördelning som möjligt på klinikerna.

Utredningens förslag till inriktning av tandvården har fått ett positivt

mottagande av remissinstanserna. I synnerhet gäller detta de förslag som syftar till att omfördela insatserna mot mer förebyggande åtgärder. Socialstyrelsen har pekat på att styrelsen har framställt ett tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom samt att styrelsen f. n. utarbetar ett liknande ramförslag till tandhälsovårdsprogram för vuxna patienter.

Jag delar utredningens uppfattning om att det är nödvändigt att satsa på förebyggande åtgärder för att förbättra tandhälsan samt att i framtiden omfördela resurserna från reparativ till förebyggande vård. Det är enligt min mening angeläget att tandvården blir orsaksinriktad, dvs. att förebyggande insatser får samverka med reparativa åtgärder för att förhindra att tandsjukdomar uppstår eller återkommer. Jag delar också utredningens bedömning att tandvården måste organiseras på ett sådant sätt att verksamheten får en förebyggande inriktning.

1.4 Dimensioneringen av tandläkarutbildningen

Tandvårdspersonalutredningens prognoser för efterfrågan avser i första hand åren 1985 och 1990 men med en utblick mot år 2000. Utredningen har i sina kalkyler inte skilt på den offentliga och den privata vårdsektorn.

Utredningen finner att det bör vara möjligt att reducera utbildningskapaciteten för tandläkare med 100 platser fr.o.m. år 1981. Utredningen anser att det f.n. inte finns underlag för att föreslå en ytterligare minskning av utbildningskapaciteten. Denna fråga bör dock enligt utredningen följas med skärpt uppmärksamhet i ett längre tidsperspektiv än utredningens planeringsperiod.

Utredningen konstaterar att underlag f.n. saknas för att närmare bedöma den framtida regionala tandläkarsituationen.

Med oförändrad utbildningskapacitet kommer enligt utredningen antalet yrkesverksamma tandläkare att utvecklas på följande sätt.

	År				
	1978	1980	1985	1990	2000
Antal tandläkare	7 800	8 600	10 200	11 600	14 000

Utredningen har vid sin beräkning av tillgången på tandläkararbetstid beaktat den minskade sysselsättningsgraden och utgått från en genomsnittlig årsarbetstid på drygt 1 300 timmar, vilket var den genomsnittliga årsarbetstiden år 1977.

Den genomsnittliga årsarbetstiden per tandläkare inom folktandvården sjönk mellan åren 1975 och 1978 från 1 230 timmar till 1 150 timmar. Det finns flera tänkbara orsaker till denna utveckling. Två tredjedelar av tandläkarna inom folktandvården är i åldern 25 - 39 år. Andelen kvinnor är

vidare betydligt högre än inom privattandvården och årsarbetstiden för kvinnor är lägre än för män. Möjligheterna till föräldraledighet har ökat för både män och kvinnor och personalpolitiska åtgärder inom folktandvården med bl.a. ett stort antal deltidstjänster och partiella tjänstledigheter påverkar årsarbetstiden.

Utredningen har vidare – med hänsyn till det faktiska utfallet av antalet tandläkartimmar under de senaste åren – ansett att det beräknade antalet tandläkartimmar under prognosperioden bör minskas med 5 %.

Omräknat i tandläkartimmar beräknas kapaciteten därmed komma att utvecklas på följande sätt.

År	1975	1978	1980	1985	1990	2000
Antal tandläkartimmar (milj.)	10,4	10,9	11,9	13,0	14,4	17,1

Ökningen av tandläkarresurserna vid oförändrad utbildningskapacitet enligt detta alternativ innebär enligt utredningen att antalet tandläkartimmar per invånare förändras från 1,2 timmar år 1975 till 1,8 år 1990 samt 2,2 år 2000.

En minskning av utbildningskapaciteten enligt utredningens förslag innebär att ökningen av antalet yrkesverksamma tandläkare år 1990 kommer att vara ca 400 lägre och år 2000 ca 1 200 lägre än om nuvarande utbildningskapacitet behålls. Omräknat i tandläkartimmar innebär detta för år 1990 0,5 milj. timmar och för år 2000 1,4 - 1,5 milj. timmar.

Utredningens beräkningar av erforderligt antal tandläkartimmar inom barn- och ungdomstandvården år 1990 varierar mellan ett behov av 1,5 milj. timmar och 3,0 milj. timmar. Det lägsta alternativet innebär att behandlingsintervallen varierar mellan 12 och 18 månader. Den genomsnittliga behandlingstiden uppgår i detta alternativ till 1,2 timmar per barn. Andelen ungdomar i åldern 17 - 19 år som får tandvård beräknas till 80 %. För övriga barn och ungdomar uppgår andelen till 95 %.

Detta alternativ förutsätter betydligt större moment av förebyggande vård än i dag. Det innehåller följande antaganden (förutsättningarna antas endast delvis vara uppfyllda år 1990):

1. Profylaxtandsköterskor och tandhygienister handhar största delen av den rådgivande verksamheten vid barnavårdscentralerna.
2. Barn i åldersgruppen 3 - 5 år besöker profylaxtandsköterska en gång per år. Tandläkarkonsultation sker samtidigt.
3. I åldersgruppen 6 - 19 år beräknas ca 10 % av patienterna tillhöra en riskgrupp vilken bör få upprepade behandlingar av profylaxtandsköterska.

4. Fr.o.m. 13 års ålder beräknas ett mindre antal patienter även vara i behov av tandhygienistbehandling.
5. Samtliga patienter i åldersgruppen 17 - 19 år beräknas få ett till två besök hos tandhygienist årligen i stället för tandläkarbehandling.

Det högsta alternativet för erforderligt antal tandläkartimmar inom barn- och ungdomstandvården innebär att behandlingsintervallen varierar mellan 9 och 12 månader. Medelbehandlingstiden utgör 1,5 timmar per barn. Detta alternativ innehåller följande antaganden:

1. Tandhygienister deltar inte i den rådgivande verksamheten vid barnavårdscentralerna.
2. Av barnen i åldersgruppen 6 - 19 år tar profylaxtandsköterskorna endast hand om dem som beräknas tillhöra en riskgrupp.
3. Tandhygienisternas kliniska arbetsinsats koncentreras till åldersgruppen 17 - 19 år. I början av prognosperioden antas endast 20 % av patienterna få behandling. Först i slutet av perioden beräknas 50 % av patienterna få årlig tandhygienistbehandling.

Socialstyrelsens årliga statistik över antal tandläkartimmar per fullständigt behandlad patient inom den organiserade barn- och ungdomstandvården visar att den genomsnittliga tiden år 1968 uppgick till 1,77 timmar och år 1978 till 1,68 timmar per barn.

Utredningens kalkyler för efterfrågan på tandläkartimmar inom vuxentandvårdens allmäntandvård år 1990 visar en variation från ca 7,1 milj. timmar i det lägsta alternativet till ca 11,9 milj. timmar i det högsta. Det lägsta alternativet innebär här behandlingsintervall på 18 månader. Andelen patienter som erhåller årlig behandling uppgår till 49 %. Medelbehandlingstiden beräknas till 2,32 timmar. I det högsta alternativet utgår utredningen från att det finns en grupp patienter vid periodens början som har ett stort behandlingsbehov. Denna grupp utgör ca 20 % av den vuxna befolkningen. Av övriga patienter beräknas 50 % få regelbunden tandvård. Medelbehandlingstiden antas uppgå till i genomsnitt 2,72 timmar.

Som jämförelse kan nämnas att antalet tandläkartimmar per behandlad vuxen patient under perioden 1975 - 1977 genomsnittligt uppgick till ca 2,5 timmar.

För specialisttandvård, undervisning och forskning m.m. har utredningen räknat med ca 1,6 milj. timmar. Vid beräkningen av efterfrågan på tandläkartimmar för specialisttandvård har utredningen använt specialistutredningens prognoser.

Vid remissbehandlingen har en klar majoritet av landstingen samt Landstingsförbundet, LO och TCO uttalat att man åtminstone f.n. inte är beredd att acceptera en minskad utbildningskapacitet för tandläkare.

Ett tungt vägande argument för dessa remissinstanser synes ha varit den regionala obalansen i fråga om fördelningen av tandläkarresurser. Remiss-

instanserna är osäkra på i vilken mån det finns tillräckligt effektiva styrmedel för att påverka utvecklingen och om man är beredd att använda tillräckliga styrmedel för att åstadkomma en jämn regional fördelning av tandläkarresurserna.

Västernorrlands läns landsting anför att en minskning av utbildningskapaciteten bör ske först när glesbygdslänens rekrytering av tandläkare kan säkerställas och en utbyggnad av vuxentandvården i paritet med övriga landet har ägt rum.

Andra orsaker till den avvaktande hållningen hos dessa remissinstanser är bl.a.

- att försöken med ett system för behandling av nya tandvårdspatienter visat att det på många håll i landet fortfarande finns en avsevärd efterfrågan på tandvård som inte kan tillgodoses
- att ett eftersatt tandvårdsbehov finns bland äldre, låginkomsttagare, handikappade och patienter på olika institutioner för långtidsvård, ålderdomshem m.m.
- att det är osäkert vilken betydelse som den allmänna samhällsutvecklingen kommer att ha för behovet, efterfrågan och kraven på tandvårdsresurser
- att det är osäkert i vilken utsträckning inriktningen mot förebyggande tandvård kan förverkligas
- att det är osäkert vilken verksamhets- och sysselsättningsgrad tandläkarna både i den offentliga och i den privata tandvården kommer att ha i framtiden
- att det är osäkert hur stor utvandringen av tandläkare kommer att bli
- att det är svårt att föra över resurser från utbildningen av en personalgrupp till en annan på grund av att utbildningarna har olika huvudmän och disponerar olika resurser
- att det är osäkert hur sådana faktorer utvecklar sig som avgången av tandläkarstuderande under studietiden, vilken ökat under de senaste åren och den genomsnittligt högre antagningsåldern för tandläkarstuderande, vilket leder till kortare yrkesverksam tid.

Följande remissinstanser är positiva till utredningens förslag om minskad utbildningskapacitet för tandläkare fr.o.m. år 1981, nämligen UHÄ, Spri, Stockholms läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Göteborgs kommun, SACO/SR, SAF, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges tandsköterskeförbund och SFS.

De remissinstanser som har varit positiva till utredningens förslag om en minskad utbildningskapacitet har anført

- att det finns risk för överbehandling, om kapaciteten behålls oförändrad
- att det är svårt att – om antalet tandläkare ökar kraftigt – omfördela

insatserna till mer förebyggande åtgärder

- att det finns risk för att den angelägna utvecklingen mot mer självständiga arbetsuppgifter för i första hand tandsköterskor motverkas
- att trots att utbildningskapaciteten minskar kommer tandläkarresurserna närmast att fördubblas under en tjugofemårsperiod
- att det är enklare att planera och anpassa kortare utbildningsvägar efter framtida vårdbehov och värdefterfrågan
- att det är samhällsekonomiskt orimligt att utbilda tandläkare till en kostnad av nära en kvarts milj. kr. per person, om de inte behövs
- att det är orimligt att lata unga människor ädra sig stora studieskulder om de inte kan få sysselsättning när de slutfört sin utbildning
- att om det mest ambitiösa programmet inom vuxentandvården genomförs får detta allvarliga samhällsekonomiska konsekvenser.

De remissinstanser som har varit positiva till en minskning i utbildningskapaciteten har ansett att den regionala obalansen skall åtgärdas med riktade positiva styråtgärder. En av dessa remissinstanser, Stockholms läns landsting, har ansett att – om en rimlig regional balans inte kan uppnås med tillgängliga styrmedel – detta kan föranleda att en från andra utgångspunkter motiverad minskning av utbildningskapaciteten av tandläkare måste ifrågasättas.

För egen del vill jag anföra följande. En viktig utgångspunkt för en analys av vilka resurser tandvården bör tillföras är enligt min mening dels vilket resultat och vilken kvalitet insatta åtgärder medför för tandhälsan hos befolkningen med de resurser tandvården i dag förfogar över, dels vilket resultat som skulle kunna uppnås med en förändrad resurstilldelning och/eller med en förändrad sammansättning av resurserna, t.ex. ändrade relationstal mellan olika personalkategorier.

En annan väsentlig utgångspunkt är hur angelägna behov inom tandvårdssektorn skall vägas mot andra för människornas livskvalitet viktiga samhällsatsningar, inom hälso- och sjukvården, barn- och äldreomsorgen i övrigt, utbildningen, hoendet etc. Enligt min mening måste en kontinuerlig avvägning ske mellan olika samhälleliga åtaganden. Den framförhållning som i detta sammanhang är nödvändig för tandvårdssektorns del betingas främst av tandläkarutbildningens längd. Tillgången på andra personalkategorier kan förändras snabbare genom att utbildningstiden i dessa fall är förhållandevis kort.

I utredningens beräkningar av framtida utbud och efterfrågan på tandvårdspersonal ingår en rad antaganden och förutsättningar som kan diskuteras. Som utredningen anför är prognoserna osäkra. Osäkerheten gäller förhållanden som påverkar såväl utbudet som efterfrågan på tandläkararbetstid.

Tandläkarnas sysselsättningsgrad har minskat under den av utredningen studerade perioden, 1975–1978. Under de senaste åren har det vidare skett

en omfattande lagstiftning på arbetsmarknaden, vars effekter inte helt kan överblickas.

Effekterna av en ökad satsning på förebyggande vård måste tillmätas stor vikt vid bedömningen av behovet av tandläkarinsatser. Erfarenheter från folktandvårdens barn- och ungdomstandvård visar enligt min uppfattning att en kontinuerlig vård med stort inslag av förebyggande åtgärder har givit goda resultat för barn och ungdomar. En förutsättning har här varit att tandvården har varit väl organiserad med ett kallelsesystem för regelbundna kontroller och behandlingar. Det är osäkert, om förebyggande åtgärder för vuxna ger lika omedelbara resultat. Motsvarande system som för barn- och ungdomstandvård saknas med något undantag ännu för de vuxna patienterna.

Det finns fortfarande behov av reparativ vård hos den vuxna befolkningen som ej kan tillgodoses. Tandförlustsjukdomarna är inte behandlade i tillräcklig utsträckning. Behovet av att behandla olika käkledsbesvär resp. tandställningsfel hos vuxna kan enligt många bedömare komma att öka i framtiden. Som en följd av förebyggande tandvårdsinsatser kommer patienterna att behålla fler egna tänder och få fler fasta proteser, vilket erfarenhetsmässigt ökar tandvårdsbehovet. Det förhållandet att andelen äldre ökar i samhället medför i sig ökade krav på tandvårdsresurser.

En dryg fjärdedel av den vuxna befolkningen hade under perioden 1974 - 1977 inte besökt tandläkare någon gång. Uppsökande verksamhet bland befolkningsgrupper som i dag har låg besöksfrekvens kommer åtminstone övergångsvis att öka tandvårds efterfrågan. Inom äldreomsorgen är behovet av riktade tandvårdsåtgärder särskilt påkallat och olika handikappgrupper och institutionsbundna patienter bör erbjudas samma vårdmöjligheter som andra medborgare.

Utredningens beräkningar avser genomsnittsvärden för hela landet. I själva verket föreligger som utredningen också påpekat en regional obalans när det gäller tillgången på tandvårdspersonal. Dessa regionala skillnader i tandvårdsservice är enligt min mening inte acceptabla. Som jag tidigare har nämnt beslutade riksdagen nyligen om vissa åtgärder för att förbättra den regionala fördelningen av tandläkarresurserna. Den framtida utvecklingen får utvisa om dessa åtgärder är tillräckliga för att komma till rätta med den regionala obalansen eller om andra styråtgärder behövs.

Beräkningar av det erforderliga antalet tandläkartimmar påverkas kraftigt av antaganden om behandlingsintervall och medelbehandlingstider. Utredningens prognoser för beräknat behov av tandläkartimmar inom barn- och ungdomstandvården har stor spännvidd. Med nuvarande genomsnittliga årsarbetstid för tandläkare inom folktandvården motsvarar skillnaden mellan det lägsta och det högsta alternativet år 1990 arbetstiden för ca 1 300 tandläkare. Utredningens kalkyler för efterfrågan på tandläkartimmar inom vuxentandvården uppvisar också stora variationer.

Med hänsyn till vad jag har anfört om såväl osäkerheten beträffande utbudet av tandläkartid som de otillfredsställda behov som fortfarande finns

är jag - trots att effekterna av en förändrad dimensionering av utbildningen inte kommer att inträffa förrän under slutet av 1980-talet - f.n. inte beredd att förorda att utbildningskapaciteten minskas i den omfattning som utredningen föreslår.

I proposition 1979/80:25 föreslogs att riksdagen skulle bemyndiga regeringen att besluta om att antagning till tandläkarlinjen vid karolinska institutets enhet på Hölländargatan i Stockholm inte skulle ske höstterminen 1980. Utbildningsutskottet har i sitt uttalande över propositionen (UBU: 1979/80:14) uttalat att utskottet utgår från att regeringen inriktar sig på en framtida dimensionering av utbildningskapaciteten som inte väsentligen understiger nuvarande nivå. Riksdagen godkände vad utskottet anfört (rskr. 1979/80:120).

Detta uttalande synes mig stämma väl överens med de slutsatser som jag har dragit om dimensioneringen av tandläkarutbildningen. Chefen för utbildningsdepartementet kommer i det följande att ta upp frågor som rör dimensioneringen samt förläggningen av vissa utbildningsplatser.

Jag anser att det är angeläget att utbildningskapaciteten för tandläkare fortlöpande ses över. 1978 års tandvårdsutrednings aviserade huvudbetänkande kan härvid utgöra ett väsentligt underlag. Utredningen skall bl.a. undersöka vårdssituationen i bristområden och överväga möjligheterna att åstadkomma en jämnare fördelning av tandvårdsresurserna inom landet inom både den offentliga och den privata sektorn. Utredningen har även i uppdrag att undersöka situationen inom specialisttandvården.

Utredningen skall vidare studera behovet av särskilda ersättningsregler inom tandvårdsförsäkringen för de patientgrupper vilka genom sitt handikapp eller sin allmänsjukdom direkt eller indirekt asamkas tandskador. Utredningen skall samtidigt uppmärksamma tandvårdsansvaret för de gravt handikappade. Vidare skall utredningen undersöka hur man administrativt och praktiskt bör gå till väga för att på bästa sätt sörja för tandvården av personer med sådana fysiska, psykiska, intellektuella eller sociala handikapp som skapar problem i tandvårdssammanhang. Det finns anledning att återkomma till frågan om utbildningskapaciteten för tandläkare när tandvårdsutredningens förslag föreligger.

Regeringen har vidare uppdragit åt socialstyrelsen att, efter samråd med bl.a. företrädare för Landstingsförbundet och berörda personalgrupper, utreda frågan om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen kommer även att efter samråd med bl.a. UHÄ, SÖ, Landstingsförbundet och berörda personalgrupper ange vilka arbetsuppgifter som bör ingå i tandhygienisternas, tandsköterskornas och profylaxtandsköterskornas och de tandtekniska biträdenas arbetsområden. En ändrad arbetsfördelning mellan olika kategorier av tandvårdspersonal torde framför allt på sikt komma att påverka dimensioneringen av såväl tandläkarutbildningen som utbildningen av övriga yrkesgrupper.

1.5 Dimensioneringen av tandhygienist- och tandsköterskeutbildningarna

Utredningen anser att antalet utbildningsplatser för tandhygienister bör vara minst 200 år 1980 för att därefter öka till 300 under perioden fram till år 1990.

Utbildningskapaciteten för tandsköterskor bör enligt utredningen vara minst 1 200 elevplatser per år. En ökad tandhygienistutbildning kräver vidare en ökad tillgång på tandsköterskor så länge som denna utbildning krävs för att utbilda sig till tandhygienist. Utredningen understryker angelägenheten av att utbildningshuvudmännen noga följer upp utbildningskapaciteten i förhållande till efterfrågan på tandsköterskor inom både den offentliga och den privata vårdsektorn.

Den föreslagna utbildningskapaciteten för tandhygienister innebär enligt utredningen att det år 1985 kommer att finnas 1 500 yrkesverksamma tandhygienister samt år 1990 ca 2 400. Detta innebär att – om andelen patienter som erhåller tandhygienistbehandling ökar i samma takt som utbudet av hygienisttimmar – 4 % av den vuxna befolkningen kan erhålla regelbunden behandling år 1985 samt 6 % år 1990. Om medelbehandlings-tiden per patient beräknas till 2,5 timmar ökar andelen till 10 % år 1985 och 17 % år 1990.

Antalet yrkesverksamma tandsköterskor med angiven utbildningskapacitet kommer att bli ca 14 600 år 1985 resp. 16 700 år 1990. Den beräknade tillgången på tandskötersketimmar medger någon ökning av assistanskvoten, dvs. relationen mellan tandsköterske- och tandläkartimmar, under prognosperiodens senare del.

Så gott som samtliga remissinstanser tillstyrker utredningens förslag att antalet utbildningsplatser för tandhygienister ökas. Sveriges tandhygienist-förening anser dock att behovet av tandhygienistresurser är för lågt beräknat.

Flertalet remissinstanser delar också utredningens bedömning att utbildningskapaciteten för tandsköterskor bör vara minst 1 200 elevplatser per år. Några av tandvårdshuvudmännen anger att en sådan utbildningskapacitet är för låg.

Landstingsförbundet uttalar att förbundet är berett att verka för en ökning av utbildningskapaciteten för tandhygienister och tandsköterskor.

Vissa landsting pekar på att dimensioneringen av utbildningskapaciteten för tandhygienister och tandsköterskor är beroende av dels nya verksamhetsområden inom profylaxarbetet, dels arbetsfördelningen mellan dessa personalkategorier.

Några remissinstanser framhåller att tillgången på tandhygienister och tandsköterskor bör följas noga mot bakgrund av den sjunkande sysselsättningsgraden. På grund av den korta utbildningstiden för tandhygienister och tandsköterskor bör eventuella brister eller överskott relativt snabbt kunna rättas till.

Flera remissinstanser uttrycker önskemål om att utbildningskapaciteten för tandhygienister fördelas så att förutsättningar skapas för en geografisk balans. Vidare uttalas att en decentralisering av utbildningen är ett sätt att motverka en koncentration av tandhygienister till storstäderna. Sveriges tandhygienistförening finner dock att antalet utbildningsorter ej bör utökas i för hög grad, eftersom det kan försvara en anpassning till framtida förändringar.

Remissinstanserna instämmer i utredningens uppfattning att samtliga utbildningshuvudmän noga bör följa upp efterfrågan på tandsköterskor från såväl den offentliga som den privata vardsektorn. Ett par remissinstanser uttalar att samtliga eller så gott som samtliga tandvårdshuvudmän bör utbilda tandsköterskor.

Flera remissinstanser uttalar att bristen på tandvårdslärare är stor och att en tillfredsställande lärarekrytering måste säkerställas.

För egen del vill jag anföra följande. Planeringsramen för tandhygienistlinjen inom högskolan medgav för budgetåret 1978/79 en utbildningskapacitet motsvarande 264 platser. Av dessa utnyttjades endast 171 nybörjarplatser. Planeringsramen för innevarande budgetår är oförändrad, medan antalet utnyttjade platser enligt uppgift uppgår till 216.

Enligt tandvårdshuvudmännens planer för åren 1981-1983 skall ytterligare 92 platser inrättas, vilket innebär att den av utredningen föreslagna framtida dimensioneringen av utbildningen uppnås under den tidigare delen av 1980-talet. Mot bakgrund av att en sådan utbildningskapacitet enligt utredningen innebär att endast en mindre del av befolkningen kommer att få behandling av tandhygienist anser jag dock att denna fråga bör följas med uppmärksamhet. Jag har tidigare anfört att det är väsentligt att tandvården får en ändrad inriktning och att resurserna omfördelas från reparativa till förebyggande insatser. För att detta skall kunna förverkligas kan det bli nödvändigt med en fortsatt ökning av utbildningskapaciteten för tandhygienister. Samtidigt kan en successiv delegering av arbetsuppgifter från tandläkare till tandhygienister samt en omfördelning av arbetsuppgifter mellan tandhygienister och tandsköterskor på sikt komma att påverka behovet av tandhygienister.

Den av utredningen förutsatta dimensioneringen av utbildningsvolymen för tandsköterskor är redan genomförd. Även på denna punkt kan efterfrågan komma att förändras till följd av dels ökad utbildning av tandhygienister, dels ändrade arbetsuppgifter för tandsköterskorna. Jag vill här framhålla att jag räknar med att tandsköterskorna i ökad utsträckning kommer att engageras i det förebyggande arbetet. Jag förutsätter att frågan om utbildningskapaciteten för tandhygienister och tandsköterskor även framdeles följs med uppmärksamhet av de ansvariga myndigheterna och utbildningshuvudmännen.

1.6 Dimensioneringen av tandteknikerutbildningen, m. m.

Tandvårdspersonalutredningen föreslår att den nuvarande utbildningskapaciteten för tandtekniker bibehålls under de närmaste åren. Utredningen anser att det är svårt att uttala sig om efterfrågan på tandtekniker efter år 1985. Om antalet protetiska arbeten kommer att minska något kan ett visst överskott på tandtekniker uppstå. Utredningen hänvisar bl.a. till 1978 års tandvårdsutredning, som skall behandla den framtida tandtekniker verksamheten. Utbildningsbehovet bör följas upp genom en rullande prognosverksamhet.

Antalet yrkesverksamma tandtekniker kommer enligt utredningen åren 1985, 1990 och 2000 att vara resp. 2 350, 2 600 och 3 000.

Efterfrågan på tandteknikertimmar har antagits stå i visst förhållande till antalet tandläkartimmar i vuxentandvårdens allmäntandvård. Dessa relationstal anges för år 1985 till 0,35, för år 1990 till 0,33 och för år 2 000 till 0,31. I beräkningarna har hänsyn tagits till att även annan personal än tandtekniker är verksam vid laboratorierna. Den relativa fördelningen mellan behöriga tandtekniker och övrig personal har antagits vara oförändrad under prognosperioden.

Samtliga remissinstanser som uttalat sig i denna del stöder utredningens förslag att utbildningskapaciteten för tandtekniker behålls på oförändrad nivå under de närmaste åren. Även jag ansluter mig till detta.

Tandtekniker som gått igenom den statliga eller landstingskommunala tandteknikerutbildningen erhåller av socialstyrelsen behörighetsbevis som tandtekniker. Socialstyrelsen får under vissa förutsättningar utfärda behörighetsbevis såsom tandtekniker även om föreskriven utbildning saknas.

Enligt folktandvårdskungörelsen (1973:637) krävs behörighetsbevis som tandtekniker för att få inneha tjänst som tandtekniker inom folktandvården. Motsvarande krav finns också för tjänst vid odontologisk fakultet eller statlig tandteknikerskola. Socialstyrelsen kunde t.o.m. år 1972 meddela dispens från motsvarande krav i då gällande statsbidragskungörelse.

Tandvårdspersonalutredningen har i sin rapport *Den framtida arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier* föreslagit att tandtekniker som är verksamma inom den privata sektorn skall ha behörighet. Jag vill i detta sammanhang uttala att jag f.n. inte är beredd att föreslå ett sådant krav på behörighet för samtliga tandtekniker inom enskild verksamhet. Frågan om kompetensen hos personalen vid enskilda tandtekniska laboratorier kommer att behandlas av chefen för socialdepartementet i avsnitt 2.

1.7 Tandvårdens organisation

Utredningen har redovisat olika försöksverksamheter och alternativa organisationsformer som syftar till att utnyttja befintliga tandvårdsresurser

så rationellt som möjligt.

I Västernorrlands läns landsting planeras f.n. i samarbete med Spri en organiserad tandvård även för åldersgruppen 20 - 29 år. Utgångspunkten för planeringen har varit ett befolkningsinriktat synsätt med ansvar för allas tandhälsa och inte bara för vård sökandes. Ett kallelsesystem med regelbundna tandvårdsbesök som omfattar samtliga ungdomar i en åldersgrupp byggs upp i samarbete mellan folktandvården och privattandvården. De ungdomar som inte hört sammat erbjudandet om tandvård kallas på nytt. Särskilda informationsdagar anordnas för att samordna diagnostik och tandhälsovård mellan folktandvården och privattandvården. Avsikten är att fler åldersgrupper framdeles skall omfattas av den organiserade tandvården. Den genomsnittliga arliga medelbehandlingstiden per invanare beräknas successivt sjunka till 0,9 tandläkartimmar.

På flera håll i landet bedrivs s.k. etappbehandling av patienter enligt den s.k. Lyckselemodellen. Patienterna, som kallas från kölistan, undersöks och behandlas årligen etappvis med fullständig terapi som slutmal. Vårdformen har ett stort inslag av förebyggande åtgärder. Hela personalen är aktivt engagerad.

I Mölndals kommun pågår försöksverksamhet med en utbyggd och organiserad basprofylax. Syftet är att skapa en bättre tandhälsa med lägre resursförbrukning. Alla barn och ungdomar i åldrarna 3 - 17 år kallas två gånger om året till resp. tandklinik. Vid första behandlingstillfället tas patienten om hand av både tandsköterska och tandläkare. Tandsköterskan ger information om kost och munhygien och gör en preliminär undersökning. Tandläkaren gör en definitiv undersökning och planerar terapin. Vid nästa besök tas patienten om hand av enbart tandsköterska.

Vid Kockums Mekaniska verkstad AB i Malmö kommun finns en klinik för företagstandhälsovård. Avsikten är att kliniken skall kunna erbjuda sina patienter en recidivprofylax bl.a. med hjälp av hygienisttandsköterskor. En viktig del i detta tandhälsovårdsprogram är fluorsköljningar ute på arbetsplatserna, i vilka ungefär hälften av de anställda regelbundet deltar.

Flera remissinstanser framhåller att en god vårdorganisation, genomtänkta vårdrutiner och en ökad delegation av arbetsuppgifter från tandläkare till annan vårdpersonal på sikt ger rationaliseringsvinster. Remissinstanserna understryker vikten av att tandvården utvecklas mot ett lagarbete, där flera personalkategorier medverkar i den patientvårdande verksamheten.

Utredningen framhåller även att kunskaperna om den vuxna befolkningens tandhälsa är mycket bristfälliga. S.k. epidemiologiska undersökningar av olika barn- och ungdomsgrupper har dock utförts under senare år. Resultaten av undersökningarna har kunnat användas för att följa tandhäsoutvecklingen för dessa grupper och mäta effekterna av insatta åtgärder inom både tandhälsovård och tandsjukvård. Utredningen anser att flera sådana undersökningar som omfattar hela befolkningen bör genomföras under de närmaste åren.

Flera remissinstanser har haft synpunkter på betydelsen av en utvärdering av tandvårdsverksamhetens effekter. Sålunda anser några remissinstanser att de begrepp, termer och metoder som i dag används för att beskriva och analysera verksamheten ger en dålig bild av vad tandvården åstadkommer i form av förbättrad tandhälsa. Det anses därför viktigt att utveckla metoder för att beskriva resultaten av insatta åtgärder.

För egen del vill jag anföra följande. Den samhällsekonomiska situationen under överblickbar framtid tillåter inte samma snabba utbyggnadstakt som hittills av den kommunala sektorn. Kraven på prioriteringar och förmågan att utnyttja de tillgängliga resurserna på bästa sätt skärps därmed. Tandvårdsorganisationen behöver vidareutvecklas och effektiviseras. Nya arbetssätt inriktade på att tillgodose medborgarnas rätt till en god tandhälsa till lägsta möjliga belastning på samhällsekonomin måste växa fram. Utbildning i lagarbete är väsentlig för att ta till vara samtliga personalgruppers kunskaper och kunna erbjuda patienterna en bättre tandvård. En ökad delegering av arbetsuppgifter från tandläkare till annan vårdpersonal kan väntas ge väsentliga rationaliseringseffekter. Patienten själv måste engageras i och få ett ansvar för vården av sina tänder. En ökad kunskap om förebyggande åtgärder spelar härvid en central roll. En fortlöpande utvärdering av tandvårdsverksamheten är angelägen för att kunna avgöra i vilken mån den bidrar till en förbättrad tandhälsa.

1.8 Ett rullande prognos- och utvärderingsarbete

Utredningen har redovisat en lång rad svårigheter när det gäller att göra långsiktiga prognoser över behov, efterfrågan och tillgång på tandvård. Utredningen föreslår att de redovisade prognoserna över efterfrågan och tillgång på tandvårdspersonal följs upp i framtiden av en permanent arbetsgrupp inom socialstyrelsen. Detta gäller även värdefterfrågans utveckling hos såväl barn och ungdomar som den vuxna delen av befolkningen. Utredningen anser att det är viktigt att man i framtiden i ett prognos- och utvärderingsarbete även kan analysera efterfrågan på tandvård i mer begränsade befolkningsgrupper. I arbetsgruppen bör enligt utredningen ingå representanter från Landstingsförbundet, SÖ, UHÄ och berörda personalorganisationer.

Samtliga remissinstanser tillstyrker eller lämnar utan erinran att socialstyrelsen kontinuerligt skall följa utvecklingen av tillgång och efterfrågan på tandvårdspersonal. Flera remissinstanser framför dock att formerna för denna uppföljning bör bestämmas i samband med socialstyrelsens omorganisation. LO framhåller i detta sammanhang att sociala och regionala skillnader måste belysas på ett annat sätt än som skett i utredningen.

För egen del får jag framhålla följande. Behovet av en genomtänkt planering av olika vårdsektorer har ökat. I proposition 1979/80:6 om

socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. betonas behovet av en personal- och utbildningsplanering som leder till en bättre samordning av vårdpolitik och utbildningspolitik. Sälunda bör socialstyrelsen som fackmyndighet medverka i en fortlöpande personal- och utbildningsplanering för vårdsektorerna och tillhandahålla ansvariga statliga och kommunala utbildningsmyndigheter erforderligt beslutsunderlag rörande dels vårdutbildningarnas innehåll i fråga om yrkeskunnande hos olika personalkategorier, dels vårdutbildningarnas dimensionering. Socialstyrelsen skall enligt propositionen svara för den statliga insatsen i fråga om en personalplanering på riksnivå som syftar till att genom dimensionering av utbildningsresurserna kvantitativt anpassa personalresurserna till utbyggnaden av olika vårdsektorer.

Det är enligt min mening naturligt att de närmare formerna för ett sådant planeringsarbete övervägs av organisationskommittén för socialstyrelsen. Enligt vad jag har inhämtat kommer så också att ske.

1.9 Viss tandvårdsutrustning i Umeå

Chefen för utbildningsdepartementet kommer i det följande att ta upp frågor som gäller utbyggnad av tandläkarutbildningen i Umeå. I samband med denna utbyggnad behövs medel därvid för viss tandvårdsutrustning. Jag hänvisar till vad chefen för utbildningsdepartementet kommer att anföra och föreslår att regeringen inhämtar riksdagens bemyndigande att bestrida kostnaderna för utrustningen från förslagsanslaget Bidrag till kommunala undervisningssjukhus.

2 Godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier

2.1 Inledning

I propositionen (1973:45) med förslag om allmän tandvårdsförsäkring framhöll dåvarande chefen för socialdepartementet att det borde ankomma på socialstyrelsen att närmare kartlägga förhållandena inom den privata tandteknikerbranschen och lägga fram förslag om någon form av auktorisation av tandtekniska laboratorier.

Socialstyrelsen tillsatte därefter en arbetsgrupp med uppdrag att utarbeta förslag till auktorisation av privata tandtekniska laboratorier. Arbetsgruppen har i en rapport lagt fram förslag om att privata tandtekniska laboratorier skall registreras. Rapporten har av socialstyrelsen remitterats till riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet, Svenska tandläkaresällskapet, Sveriges tandläkarförbund och Sveriges tandteknikers riksförbund.

Socialstyrelsen har med skrivelse den 16 november 1976 överlämnat arbetsgruppens förslag jämte remissyttrandena.

Det bör här även nämnas att regeringen den 5 juni 1975 uppdrog åt socialstyrelsen att i samråd med riksförsäkringsverket utreda vissa frågor om

ersättningsnivån för arbeten som utförs vid privata tandtekniska laboratorier. Socialstyrelsen har den 28 mars 1979 överlämnat en rapport, benämnd Den tandtekniska branschen – Struktur och framtida verksamhet. Regeringen har därefter överlämnat rapporten till 1978 års tandvårdsutredning.

Enligt gällande försäkringsbestämmelser är tandläkaren ansvarig för det tandtekniska arbetets kvalitet i den meningen att ett godkännande från tandläkarens sida medför att försäkringskassan kan utbetala tandvårdserättning.

Från den allmänna tandvårdsförsäkringen utgår ersättning för tandvården med halva arvodet, i vissa fall tre fjärdedelar av arvodet, för såväl tandläkares åtgärder som tandtekniskt arbete. Återstoden betalas av den försäkrade genom patientavgift. Vissa material betalas dock helt av försäkringen.

De allmänna försäkringskassorna betalade under år 1979 ut sammanlagt ca 544 milj. kr. till privata tandtekniska laboratorier, varav ca 174 milj. kr. för material. Vid en bedömning av den totala verksamhetens omfattning måste även patientavgifterna beaktas. Den av tandvårdsförsäkringen bekostade andelen av kostnaden för tandtekniska arbeten beräknas genomsnittligt uppgå till drygt 70 % av totalkostnaden.

Förutsättningarna för att erhålla behörighet som tandtekniker har redovisats under avsnitt 1.6.

2.2 Utformningen av godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier

I den utredningsrapport som jag nyss nämnde konstateras att frågan om auktorisation av de tandtekniska laboratorierna diskuterats och utretts under många år. Syftet med en auktorisation skulle vara att garantera viss kompetens hos laboratoriets personal och viss standard på lokaler och rutiner.

I rapporten framhålls att möjligheterna för tandläkaren att bedöma om ett tandtekniskt arbete uppfyller rimliga kvalitetskrav är starkt begränsade. Tandläkaren har små möjligheter att se om rätt material använts och om materialet behandlats på rätt sätt. Sedan tandvårdsförsäkringen införts finns enligt rapporten ytterligare skäl för någon form av auktorisation av privata tandtekniska laboratorier.

I rapporten konstateras att ett auktorisationsförfarande som innefattar kvalitetskontroll och vissa krav på lokalernas utformning och utrustningens beskaffenhet fordrar en organiserad inspektionsverksamhet. Arbetsgruppen har inte ansett sig kunna lägga fram ett sådant förslag utan har i stället angivit att vissa minimikrav på kompetens hos personalen bör uppställas. Arbetsgruppen har fört fram att beteckningen registrering skall användas för detta förfarande.

En grundläggande förutsättning för registrering bör enligt arbetsgruppen vara att innehavaren av eller föreståndaren för ett tandtekniskt laboratorium är behörig tandtekniker eller innehar socialstyrelsens dispensbevis samt har minst åtta års yrkesverksamhet inom tandteknisk verksamhet.

På ett registrerat laboratorium bör minst två tredjedelar av personalen i tandteknisk verksamhet ha behörighetsbevis eller dispens. För laboratorier med två verksamma bör det dock räcka med en behörig tandtekniker.

På laboratorier med mer än tio anställda i tandteknisk verksamhet bör ytterligare en tandtekniker vara behörig och ha minst åtta års yrkesverksamhet för varje påbörjat tiotal personer som är sysselsatta med sådant arbete.

Den - eller de tandtekniker - som utgör grunden för att ett tandtekniskt laboratorium kan registreras bör inte samtidigt vara anställd vid annat privat tandtekniskt laboratorium, inom folktandvården eller vid fakultet. Kravet på tillsyn av verksamheten vid laboratoriet kan enligt arbetsgruppen mening annars inte upprätthållas. Av samma skäl anser gruppen att en tandläkare, som bedriver klinisk verksamhet på heltid, inte kan fungera som godkänd innehavare eller föreståndare för ett tandtekniskt laboratorium.

De framlagda förslagen beträffande registrering har av arbetsgruppen jämförts med förhållandena vid de privata tandtekniska laboratorierna. Arbetsgruppen har haft tillgång till en av socialstyrelsen genomförd kartläggning av de tandtekniska laboratorier, som enligt försäkringskassornas uppgift bedrev verksamhet den 1 juli 1974. Av redovisningen framgår att merparten av personalen vid de privata laboratorierna utgjordes av tandtekniker med behörighet eller dispens. En specialbearbetning visar att totalt 84 laboratorier med 132 anställda hade innehavare eller föreståndare, som saknade behörighetsbevis eller dispens. Senare redovisning saknas.

Arbetsgruppen anser att särskild utbildning bör anordnas för de tandtekniker som saknar behörighet eller dispens. Arbetsgruppen förutsätter att SÖ får i uppdrag att utarbeta läroplan. Vidare föreslår arbetsgruppen att krav på efterutbildning skall uppställas för de tandtekniker vars kompetens utgör grunden för registreringen.

I rapporten föreslås att socialstyrelsen blir registrerande myndighet. Laboratorierna skall ges möjlighet att anpassa sig till de nya bestämmelserna genom att vissa övergångsbestämmelser införs.

Arbetsgruppen föreslår att bestämmelser införs i tandvårdsförsäkringen som innebär att till försäkringen anslutna tandläkare enbart får använda sig av registrerade laboratorier. Detta krav skall även gälla s.k. underleveranser. Förslaget innebär att även folktandvården vid upphandling av tandtekniska arbeten från den privata sektorn måste anlita registrerade laboratorier.

Samtliga remissinstanser har varit positiva till förslaget om registrering av privata tandtekniska laboratorier.

Jag vill för egen del efter samråd med statsrådet Holm anföra följande.

Statlig auktorisation eller liknande kompetensförklaring förekommer inom flera olika yrkesområden, där man har ansett det särskilt angeläget att skapa garantier för att verksamheten bedrivs på ett riktigt sätt.

Jag instämmer i de synpunkter som framförs i rapporten om behovet av någon form av kontroll av förutsättningarna för att tandtekniska arbeten som utförs vid privata – enskilda – tandtekniska laboratorier uppfyller rimliga kvalitetskrav. Jag föreslår att detta förfarande benämns godkännande och att termen auktorisation reserveras för en kvalitetskontroll som även innefattar krav på lokaler, utrustning, arbetsmetoder m.m. Jag anser i likhet med arbetsgruppen att det f.n. inte är aktuellt med annat än en prövning av personalens kompetens.

Regeringen bör bemyndigas att utfärda de föreskrifter som behövs för verksamheten. Regeringen bör i sin tur kunna delegera uppgifter till myndighet. Ett förslag till lag med bemyndigande för regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer att godkänna enskilda tandtekniska laboratorier bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1.3*.

Finansieringen av verksamheten med att godkänna laboratorierna bör ske genom avgifter som täcker hela kostnaden för denna verksamhet. Riksdagens bemyndigande bör också omfatta rätten att bestämma om avgift för ansökan. Regeringen bör ges möjlighet att delegera denna rätt till myndighet.

Jag förordar, i likhet med arbetsgruppen, att ersättning från den allmänna tandvårdsförsäkringen bör utgå endast om det tandtekniska arbetet utförts vid godkänt laboratorium. En bestämmelse om detta bör tas in i tandvårds-taxan (1973:638).

Enligt nuvarande regler ersätter tandvårdsförsäkringen även arvoden för tandtekniska arbeten utförda i utlandet. Enligt försäkringskassornas utbetalningsbesked för år 1977 utbetalades 135 000 kr. till utländska laboratorier. Enligt uppgift minskar omfattningen av denna verksamhet. Jag har för avsikt att senare föreslå regeringen att riksförsäkringsverket får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen undersöka hur man fortsättningsvis skall förfara när det gäller ersättning från tandvårdsförsäkringen för tandtekniska arbeten utförda vid utländska laboratorier.

Såvitt gäller utbildning för de tandtekniker som saknar behörighet eller dispens ankommer det på SÖ att inom ramen för sin reguljära verksamhet bedöma i vad mån en särskild utbildningsgång är erforderlig.

Bestämmelserna om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier bör träda i kraft den 1 januari 1981. Kravet på godkännande för att ersättning skall utgå från tandvårdsförsäkringen bör dock träda i kraft först den 1 juli 1981.

3 Hemställan

Statsråden Holm och Söder hemställer, var och en med avseende på det avsnitt vederbörande har varit föredragande i, att regeringen föreslår riksdagen att

1. godkänna vad som har anförts om dimensioneringen av tandläkar-, tandhygienist-, tandsköterske- och tandteknikerutbildningarna.
2. antaga inom socialdepartementet upprättat förslag till lag med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier,
3. bemyndiga regeringen att från förslagsanslaget *Bidrag till kommunala undervisningssjukhus* bestrida kostnaderna för viss tandvårdsutrustning i Umeå.

Sammanfattning av socialstyrelsens tandvårdspersonalutredningsrapport (Ds S 1979:9) Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal

1 Utredningsmaterial, utförda beräkningar m.m.

I avsnitt 1 behandlas *mål för tandvården*. Den mål- och medelanalys som framlades i utredningens diskussionspromemoria återges kortfattat tillsammans med remissinstansernas synpunkter på exemplen i promemorian.

Utredningen tar i denna rapport på nytt upp frågan om mål för tandvården eftersom vissa förslag till mer preciserade målsättningar måste vara en utgångspunkt för utredningens beräkningar över den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal. Det övergripande målet bör enligt utredningen ge uttryck för att tillgängliga vårdresurser skall användas så att hela befolkningen hjälpes till en acceptabel oral hälsa för att bidra till individernas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Utredningen understryker därefter att om denna målsättning skall kunna uppnås fordras att förebyggande åtgärder ges till hela befolkningen. Som mål för denna verksamhet nämns dels en ökning av befolkningens kunskap om tandsjukdomarnas orsaker, dels en minskning av förbrukningen av sackaroshaltiga mellanmålsprodukter. Vad gäller vattenfluoridering hänvisar utredningen till fluorberedningens pågående arbete.

Utredningen behandlar sedan delmål avseende tandvårdens tillgänglighet och börjar därvid med behovet av en fungerande akuttandvård. I det följande förslaget till delmål föreslås att tandvården skall kunna ta emot varje vårdsökande för konsultation och absolut nödvändig behandling. Denna målsättning skärps i det tredje delmålet där tandvården även förutsätts ha resurser för att behandla i stort sett samtliga tandskador hos patienten. Något delmål beträffande den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna anges inte i denna rapport eftersom denna fråga f.n. behandlas av 1978 års tandvårdsutredning. Slutligen understryker utredningen vikten av att tandvårdens resultat följs upp i förhållande till olika effektmål. Ett exempel ges på ett sådant delmål där det förutsätts att befolkningen i ökad utsträckning får behålla sina egna tänder.

Avsnitt 2 innehåller vissa teoretiska överväganden beträffande *faktorer som påverkar efterfrågan på tandvårdspersonal*. Utredningen behandlar därvid begreppen vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdresurser. De tre faktorerna hänger samman och påverkar varandra. I avsnittet diskuteras de svårigheter som föreligger när det gäller att bestämma vårdbehovets och vårdefterfrågans nuvarande och framtida storlek. Endast vårdresursernas framtida storlek kan med någorlunda säkerhet prognoseras och utgöra underlag för politiska ställningstaganden.

Behovet av tandvård idag och i framtiden behandlas i avsnitt 3. Statistiska

uppgifter och olika undersökningsmaterial presenteras vad gäller såväl barn och ungdomar som vuxna. I fråga om kariessjukdomens utbredning hos barn och ungdomar anser utredningen att en markant förbättring inträffat under de senaste åren och denna utveckling bedöms fortsätta i framtiden om ökade insatser görs beträffande de tandhälsovårdande åtgärderna. Utredningen anser även att tandlossningssjukdomens förstadier bör kunna minska hos ungdomarna i framtiden. Vad gäller situationen hos den vuxna befolkningen anser utredningen att situationen är mer svårbedömd. Stora befolkningsgrupper har redan omfattande tandskador eller saknar helt eller delvis egna tänder p.g.a. tandsjukdomarnas verkningar. Den generation som under planeringsperioden träder in i vuxentandvärden kommer givetvis att ha en klart bättre tandhälsa än hittills. Genom att individerna har färre antal fyllda tänder än tidigare generationer minskar denna försvarande faktor vad gäller tandlossningssjukdomens utveckling. En annan viktig faktor för utvecklingen av den vuxna befolkningens vårdbehov anser utredningen vara en förändrad medvetenhet om den förebyggande tandvårdens betydelse liksom de egna insatserna. Kanske kommer folk att i framtiden i större utsträckning efterfråga profylax än rent reparativ vård.

I avsnitt 4 behandlas *efterfrågan på tandvård idag och i framtiden*. Statistik från tandvårdsförsäkringens fyra första år d.v.s. perioden 1974 - 1977, redovisas. Denna statistik belyser den tillgodosedda efterfrågan. Andelen behandlade av försäkrade uppgår för varje år till ca 45 procent. Under fyraårsperioden beräknas drygt 70 procent av de försäkrade ha besökt tandläkare. Uppgifter om ej tillgodosedd värdefterfrågan, d.v.s. antal individer som önskar komma till tandläkare men ännu ej kunnat tas emot, är däremot svårare att ange liksom den latent värdefterfrågans storlek. Det material utredningen haft att tillgå ger vid handen att efterfrågan på besök hos tandläkare torde öka i framtiden. Eftersom många faktorer som sammanhänger med efterfrågan på tandvård är svåra att prognosera konstaterar dock utredningen att den totala värdefterfrågans storlek i framtiden är svår att beräkna.

Avsnitt 5 behandlar utbud av *tandvård idag och i framtiden*. Inledningsvis redovisas nuvarande personalresurser inom tandvården. Antalet yrkesverksamma år 1978 - vad gäller de personalkategorier utredningen behandlar - framgår av följande framställning.

Antal yrkesverksamma år 1978	
Tandhygienister	390
Tandläkare	7 800
Tandsköterskor	11 200
Tandtekniker	1 900
	21 290

Utöver redovisat antal i sammanställningen som – bortsett från tandsköterskor – endast avser legitimerad eller behörig personal, arbetar olika personalkategorier vilka inte har formell utbildning eller något speciellt behörighetsbevis. Utredningen har skattat antalet sysselsatta inom tandvården till ca 24 000 år 1978.

I avsnittet redovisas sedan de tillgångsprognoser för behörig tandvårdspersonal som utredningen framlade i rapport nr 1. Dessa prognoser, vilka hade år 1975 som basår, har sedan följts upp av utredningen under perioden 1976 - 1978. Uppföljningen har medfört att tillgångsprognoserna reviderats vad gäller antal arbetstimmar för tandläkare och tillgång på tandsköterskor. Utredningens tillgångsprognoser innehåller olika alternativ och dessa presenteras och kommenteras. Beräknad tillgång på tandvårdspersonal enligt vissa alternativ framgår av följande sammanställning.

	Antagen utbildningskapacitet. Utbildningsplatser per år	Beräknat antal yrkesverksamma		
		1985	1990	2000
Tandhygienister	200	1 500	2 350	3 900
Tandläkare	500	10 225	11 550	14 000
Tandsköterskor	1 200	14 600	16 650	19 600
Tandtekniker	118	2 350	2 600	3 000
		28 675	33 150	40 500

Av sammanställningen framgår att under förutsättning att den antagna utbildningskapaciteten, som i stort sett motsvarar nuvarande situation, består under prognosperioden kommer den behöriga tandvårdspersonalen att ha fördubblats år 2000. Utredningen diskuterar i detta sammanhang tillförlitligheten av denna typ av tillgångsprognoser och finner att total yrkeskår och yrkesverksamma får anses vara prognoser med relativt god säkerhet, medan däremot beräkningar över antalet arbetstimmar får anses inrymma en stor osäkerhet.

Beräkningar över den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal måste också beakta arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier. Avsnitt 5 avslutas därför med en sammanfattning av utredningens rapport nr II "Den framtida arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården" och remissbehandlingen av denna rapport.

Avsnitt 6 och 7 innehåller en redovisning av *övrig utbildnings- och planeringsverksamhet vad gäller tandvård* samt *övrig utbildningsverksamhet med anknytning till tandvården*. Framför allt behandlas delbetänkandet "Tandvården i början av 80-talet" avgivet av 1978 års tandvårdsutredning (TU 78). TU 78 har i sitt delbetänkande föreslagit att utbyggnadstiden för folktandvårdens barn- och ungdomstandvård förlängs, men beräknar att

organiserad tandvård för alla barn och ungdomar upp t.o.m. 19 års ålder skall kunna vara genomförd någon gång under perioden 1982 - 1984. Detta ställningstagande från TU 78 har utredningen utgått från i sina beräkningar beträffande den framtida vuxentandvården.

2. Utredningens beräkningar och ställningstaganden till den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal

Kalkyler över användandet av framtidens tandvårdsresurser presenteras i avsnitt 8. Avsnittet inleds med en diskussion om möjligheterna till prognoser och planering vad avser tandvårdspersonal. Utredningen understryker därvid att personalplanering endast är en del av planeringen av tandvården och att utredningens överväganden beträffande framtida efterfrågan på tandvårdspersonal måste kopplas samman med övrig planeringsverksamhet inom tandvården.

I avsnittet behandlas först kalkyler beträffande barn- och ungdomstandvården. En prognosmodell har utarbetats och i denna beaktas dels den genomsnittliga behandlingstiden per barn dels det intervall med vilka patienterna kallas till tandläkare. Prognosarbetet tar sikte på dels behovet av tandläkarinsatser dels behovet av profylaxpersonal, d.v.s. profylaxtandsköterskor och tandhygienister. Beräkningarna utgår från vissa förslag till effektmål inom barn- och ungdomstandvården. Resultatet av beräkningarna visar att olika antaganden om medelbehandlingstider och behandlingsintervall får stor betydelse för beräknat behov av tandläkare för den organiserade barn- och ungdomstandvården. Om den förbättrade tandhälsan hos barn och ungdomar successivt medför ett minskat behov av tandläkarinsatser kan denna inbesparing för år 2000 kalkyleras till omkring 700 tandläkare jämfört med dagens situation. Utredningens beräkningar visar också att om barnen och ungdomarna kontinuerligt tas om hand av profylaxtandsköterskor och tandhygienister och besöken hos tandläkare samtidigt glesas ut skulle detta även medföra en kraftig minskning av behovet av tandläkare. Kalkylerna antyder att en sådan uppläggning av den organiserade tandvården skulle kräva ungefär 200 färre tandläkare även om tandläkarnas medelbehandlingstid inte förändras jämfört med nuvarande situation. Det skulle dock behövas 800 - 1 000 profylaxtandsköterskor och 150 - 200 tandhygienister för att klara barn- och ungdomstandvården på detta sätt. Denna profylaxpersonal skulle på sikt inbespara omkring 900 tandläkares arbetsinsats.

Den följande delen av avsnitt 8 behandlar utredningens kalkyler avseende vuxentandvården. Ett antal prognosmodeller har utarbetats och avser framtida efterfrågan på tandvårdspersonal oavsett inom vilken sektor tandvården utförs. Detta ställningstagande från utredningen sammanhänger med att det idag inte går att uttala sig om den framtida fördelningen mellan folktandvård och privattandvård vad gäller vuxentandvården. Framtida efterfrågan på tandläkarinsatser beräknas enligt olika alternativ och sam-

mankopplas med kalkyler avseende efterfrågan på övriga personalkategorier.

Beräkningarna över den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal jämförs sedan med utredningens tillgångsprognoser. Jämförelserna görs till största delen mellan kalkylerad efterfrågan och prognoserad tillgång uttryckt i arbetstimmar. Vad gäller tandläkare har den prognoserade tillgången på tandläkartimmar reducerats med behovet för barn- och ungdomstandvården och specialiststandvården. Eftersom utredningens beräkningar över behovet av tandläkartimmar för barn och ungdomar utförts med olika antaganden – variationsbredd ca 1,3 milj. timmar – innebär detta att prognoserad tillgång för vuxentandvårdens allmäntandvård utgör ett intervall. I avsnitt 8 görs jämförelsen endast i förhållande till den tillgångsprognos som antager en oförändrad utbildningskapacitet för tandläkare, d.v.s. 500 utbildningsplatser per år. Det visar sig då att alla beräkningarna över efterfrågan på tandläkartimmar – för senare delen av prognosperioden antingen ligger inom intervallet för tillgång på tandläkartimmar inom vuxentandvården eller kraftigt underskrider även tillgång efter avdrag för maximalt behov inom barn- och ungdomstandvården. Insatser av profylaxpersonal har därvid inte beaktats.

Vad gäller beräkningarna för tandhygienister tar dessa främst sikte på att belysa hur stor andel av befolkningen eller patienterna som kan få hygienistbehandling. Under antagandet att medelbehandlingstiden kommer att vara 2,5 timmar skulle ca 10 procent av den vuxna befolkningen kunna få hygienistbehandling år 1985 och andelen skulle öka till ca 30 procent år 2000 om utbildningskapaciteten inte utökas utöver nuvarande beslutade 200 platser. Reduceras denna medelbehandlingstid till ca hälften och kombineras med profylaktiska insatser av tandläkare skulle andelen behandlade per år kunna öka till mellan 20 och 25 procent år 1985 och till närmare 50 procent år 2000.

I fråga om tandsköterskor har utredningen först beräknat efterfrågan på denna personalkategori inom folktandvården fram till år 1985 med hjälp av de s.k. LKELP-undersökningarna och därvid funnit att balans mellan efterfrågan och tillgång synes föreligga under förutsättning att tandsköterskeutbildningen ökar från 1 000 elevplatser till 1 200 platser. Den förutsatta ökningen har redan år 1979 uppnåtts till ca hälften. För hela prognosperioden visar det sig sedan att relationen tandskötersketimmar/tandläkartimmar i stort sett blir oförändrad om den nämnda utbildningskapaciteten upprätthålles.

Vad slutligen gäller tandtekniker har utredningen antagit dels att nuvarande behov att protetiska arbeten blir bestående under prognosperioden dels att detta behov successivt minskar. I det första fallet synes det komma att föreligga balans mellan efterfrågan och tillgång på tandtekniker men i det andra fallet beräknas tillgången överstiga efterfrågan.

Utredningens ställningstagande till den framtida efterfrågan på tandvårds-

personal redovisas i avsnitt 9. Inledningsvis hävdar utredningen att en bedömning av den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal kan göras dels utifrån olika målsättningar och viljeinriktningar beträffande tandvårdens utformning, dels med hjälp av prognoser och kalkyler över framtida utbud och efterfrågan. Enligt utredningens mening bör båda tillvägagångssätten komma till användning och börjar med den första delen. Utredningens allmänna grundsyn och de förebyggande åtgärdernas betydelse präglar de överväganden och förslag utredningen framlägger. Dessa förslag kommer vad gäller tandläkare att få ett verkligt genomslag först efter år 1990 p.g.a. utbildningstidens längd på ca fem år. Utredningen hävdar således att dagens situation med brist på tandläkare inte får vara en utgångspunkt för övervägandena beträffande den framtida tandläkarutbildningens dimensionering. Sedan barn- och ungdomstandvårdens utbyggnad avslutats i början av 80-talet kommer i stället hela nettotillskottet av tandläkare att kunna tillföras vuxentandvården. Utredningens allmänna grundsyn om nödvändigheten att öka de förebyggande insatserna innebär inte att utredningen vill underskatta behovet av rent reparativa åtgärder. Detta behov är tvärtom så stort att trots en kraftig tillväxt av tandläkarkåren kommer länge en avsevärd del av utbudet av tandvård att ägnas den reparativa vården. Dessutom har tandläkarnas utbildning till stor del inriktats på reparativa uppgifter, vilket t.o.m. kan försvåra en ökad satsning på de förebyggande åtgärderna.

Innan de framlagda kalkylerna kommenteras lämnar utredningen i avsnitt 9 även vissa synpunkter på svårigheterna att utföra prognoser eftersom den allmänna samhällsutvecklingen under 80-talet och 90-talet är svår att förutse. Denna utveckling har stor betydelse för såväl befolkningens efterfrågan på tandvård som tandvårdspersonalens arbetsinsatser.

Beträffande det framlagda kalkylmaterialet anser utredningen att vad gäller efterfrågan på tandläkartimmar för barn- och ungdomstandvården torde något av de presenterade mellanalternativen vara mest realistiskt. Vad sedan gäller vuxentandvården anser utredningen att modeller och antaganden, som belyser det förhållandet att redan utförd reparativ vård kräver en fortsatt uppföljning och till viss del en revision, bättre återger en tänkbar framtida utveckling. Beräkningar enligt modeller och alternativ som förutsätter en i förhållande till dagens situation oförändrad eller t.o.m. minskad tandläkarinsats bedöms av utredningen som mindre realistiska. De kalkyler som utredningen anser vara mest realistiska och som även ger den största efterfrågan på tandläkartimmar, jämförs sedan med en tillgångsprognos där antalet utbildningsplatser för tandläkare minskas med 100 platser fr.o.m. år 1981. Det visar sig då att kalkylerad efterfrågan ligger inom intervallet för prognoserad tillgång på tandläkartimmar inom vuxentandvården och t.o.m. understiger den lägsta tillgångsprognosen om insatser från tandhygienister och profylaxtandsköterskor medräknas.

Utredningen finner således att, i förhållande till kalkyler beträffande den totala efterfrågan på tandläkartimmar, det bör vara möjligt att reducera

utbildningskapaciteten för tandläkare med 100 platser fr.o.m. år 1981. Denna reduktion bör enligt utredningens uppfattning åtföljas av en kraftig ökning av utbildningskapaciteten för profylaxpersonal och då i första hand för tandhygienister. Utredningen anser att det f.n. inte finns underlag för att föreslå en ytterligare minskning av utbildningskapaciteten vad gäller tandläkare. Denna fråga bör dock följas med skärpt uppmärksamhet och i ett längre tidsperspektiv än utredningens planeringsperiod.

Utredningen har pekat på osäkerheten hos såväl prognoser över den framtida tillgången på tandläkartimmar som kalkyler över den framtida efterfrågan på tandläkarvård. Det bör därför understrykas att utredningens överväganden vad gäller tillgång och efterfrågan på tandläkartimmar baserar sig på en jämförelse mellan den lägsta tillgångsprognosen och en maximal kalkyl över den framtida efterfrågan på tandläkarvård.

Ett genomförande av utredningens förslag skulle innebära att det år 1990 skulle finnas ca 400 färre yrkesverksamma tandläkare och år 2000 ca 1 200 färre jämfört med förhållandena vid ett oförändrat antal utbildningsplatser. Antalet tandläkartimmar per invånare skulle år 1990 minska med knappt 0,1 timmar och år 2000 med ca 0,2.

Beträffande framtida efterfrågan på tandhygienister anser utredningen att denna kommer att bli av den storleksordningen att antalet utbildningsplatser bör vara minst 200 år 1980 för att därefter öka till 300 under perioden fram till år 1990. Relationen mellan efterfrågan och tillgång på tandhygienister bör följas kontinuerligt samtidigt som utbildningsresurserna byggs upp så flexibelt som möjligt för att kunna anpassas till framtida förändringar.

Utredningens bedömning beträffande den framtida efterfrågan på tandsköterskor leder fram till att utbildningskapaciteten bör vara minst 1 200 elevplatser per år. Detta ställningstagande sammanhänger också med att en ökad hygienistutbildning kräver en ökad tillgång på tandsköterskor så länge som denna utbildning krävs för att utbilda sig till tandhygienist. Utredningen understryker behovet av att de olika utbildningshuvudmännen noga avpassar sin utbildningskapacitet i förhållande till efterfrågan på tandsköterskor inom den offentliga och privata vårdsektorn.

Beträffande tandtekniker föreslår utredningen att nuvarande utbildningskapacitet bibehålles under de närmaste åren. Utredningens beräkningar visar att balans mellan efterfrågan och tillgång på tandtekniker torde föreligga under perioden fram till år 1985. Bedömningsunderlaget för perioden därefter är betydligt osäkrare varför den framtida utbildningskapacitetens storlek bör följas upp.

Slutligen redovisas i avsnitt 9 vissa beräkningar rörande utvecklingen av kostnaderna för tandvården och för utbildningen av tandvårdspersonal med hänsynstagande till utredningens förslag.

I avsnitt 10 framlägger utredningen slutligen *förslag till framtida prognos och utvärderingsarbete*. Enligt utredningens mening bör såväl prognoserna beträffande efterfrågan på som tillgången av tandvårdspersonal följas upp i

framtiden. Detta gäller även vårdefterfrågans utveckling hos såväl barn och ungdomar som den vuxna delen av befolkningen. Ett antal försöksområden med olika uppläggningsformer av vuxentandvården borde även ge ett bättre underlag i fråga om framtida prognosarbete.

Utredningen föreslår att underlag för uppföljning av det prognosarbete som presenterats i denna rapport handhas av en permanent arbetsgrupp inom socialstyrelsen. I en sådan grupp bör ingå representanter från Landstingsförbundet, SÖ, UHÄ och berörda personalorganisationer. Arbetsgruppen skall även sammanställa och utvärdera befintlig statistik från de eventuella försöksområdena.

Sammanställning av remissyttrandena över socialstyrelsens tandvårdspersonalutrednings rapport (Ds S 1979:9) Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal, upprättad inom socialdepartementet.

1 Tandvårdens inriktning

Samtliga remissinstanser är positiva till en ökad satsning på förebyggande åtgärder.

Socialstyrelsen: Styrelsen vill i detta sammanhang peka på det planeringsinstrument i form av "Tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom" som styrelsen tagit fram i detta syfte och som enligt vad styrelsen erfar används i allt större utsträckning vid planering av tandhälsovårdsprogram inom de olika huvudområdena. Styrelsen är för närvarande i färd med att utarbeta ett liknande ramförslag till tandhälsovård för vuxna patienter.

Skaraborgs läns landsting: Sjukvårdsstyrelsen ställer sig bakom den allmänna inriktning av tandvården som presenteras i rapporten. Särskilt gäller detta de förslag som siktar mot en väsentlig ökning av profylaktiska åtgärder. Sjukvårdsstyrelsen vill framhålla, att folktandvården sedan lång tid tillbaka har erfarenheter av profylaktiskt inriktad vård inom den organiserade barn- och ungdomständerna och borde därför i takt med ökade resurser kunna intensivifiera profylaxen för alla patientkategorier. Personalen inom folktandvården är starkt medveten om betydelsen och effekterna av profylax och torde därför vara välmotiverad att omsätta utredningens värderingar och förslag i praktiskt handlande.

Jönköpings läns landsting: En följd av detta må vara att en kraftig tillväxt av tandläkarkåren, med en utbildning inriktad till stor del på reparativa åtgärder, kan vara en onödigt dyr utbildningsinsats. Däremot kan styrelsen ej biträda utredningens uppfattning att en satsning på tandläkarutbildning skulle försvåra en ökad satsning på förebyggande åtgärder.

LO: LO vill också understryka behovet av information och upplysningsverksamhet för att förebygga tandvårdsbehov. De fackliga organisationerna och andra folkrörelser bör här kunna medverka på ett betydelsefullt sätt. En aktiv samverkan mellan företagshälsovården och tandvården bör också vara ett medel att öka kunskaperna och nå även grupper som inte regelbundet besöker tandläkare. Särskilt viktigt är det enligt LO:s mening att ge företagshälsovården ökade möjligheter att kartlägga och patala sådana förhållanden i arbetsmiljön som inverkar negativt på de anställdas tandhälsa.

2 Dimensionering av tandläkarutbildningen

Flerparten remissinstanser motsätter sig eller ställer sig tveksamma till en reduktion av utbildningskapaciteten med det av utredningen föreslagna antalet utbildningsplatser i tandläkarutbild-

ninge n redan år 1981, bl.a. *socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Lands-
tingsförbundet, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting,
Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting,
Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns lands-
ting, Hallands läns landsting, Skaraborgs läns landsting, Örebro läns
landsting, Västmanlands läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Väster-
norrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns
landsting, Norrbottens läns landsting, Malmö kommun, Gotlands kommun,
TCO och LO.*

Socialstyrelsen: Socialstyrelsen har med beaktande bl.a. av vad styrelsen
ovan redovisat övervägt utredningens förslag att reducera utbildningskapa-
citeten för tandläkare med 100 platser. Styrelsen konstaterar att förslaget
utgår från dels en ändrad viljeinriktning på tandvårdens mål och innehåll dels
från prognoser över efterfrågan och tillgång på tandläkartimmar. Utredning-
ens förslag baserar sig på en jämförelse mellan den lägsta tillgångsprognosen
och en maximal kalkyl över den framtida efterfrågan på tandvård. Styrelsen
är för sin del likväl inte beredd att med ledning av det underlag utredningen
redovisat nu tillstyrka en reduktion av utbildningskapaciteten med föreslag-
na 100 utbildningsplatser redan 1981. Det synes emellertid styrelsen
förutseende att redan nu börja skapa förutsättningar för en eventuell senare
reduktion av utbildningskapaciteten. För att fatta beslut om sådan reduktion
krävs dock enligt styrelsen ytterligare kunskaper om relationen mellan utbud
respektive efterfrågan på tandvård och inte minst i vilken utsträckning
viljeinriktningen mot förebyggande tandvård kan förverkligas.

Riksförsäkringsverket: Av uppgifter från försäkringsstatistiken framgår att
mindre än hälften av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) årligen besökt
tandläkare under åren 1974 - 1977. Enligt riksförsäkringsverkets preliminära
statistik för 1978 har ingen ökning skett av denna andel.

Uppgifter om den andel av de försäkrade som besökt tandläkare vissa är
säger ingenting om hur stor den tillgodosedda efterfrågan på tandvård är
eftersom det kan röra sig om helt olika individer de olika åren. För att belysa
denna frågeställning har utredningen låtit utföra en specialbearbetning av
försäkringsstatistiken. Av resultatet av denna bearbetning framgår, att *under
fyraårsperioden 1974 - 1977* drygt 70 procent av befolkningen 17 år och äldre
någon gång besökt tandläkare inom privattandvård eller folktandvård men
att *endast omkring 16 procent* besökt tandläkare *under vart och ett av dessa
år.*

Det är således endast en mindre del av befolkningen som erhållit tandvård
varje år. Vidare framgår av statistiken att under tandvårdsförsäkringens
bägge första år har den tillgodosedda vårdefterfrågan koncentrerats till ett
relativt fåtal patienter vilka erhållit en omfattande tandbehandling. Således
har cirka 6 procent av de försäkrade och cirka 12 procent av de patienter som
fick behandling inom privattandvården åren 1974 och 1975 tagit i anspråk
cirka hälften av det totala tandläkararvodet och den tillgängliga tandläkar-

tiden under perioden.

Utredningen anser att jämförelser mellan intervjuundersökningar genomförda före tandvårdsförsäkringens genomförande och försäkringsstatistiken antyder att andelen behandlade per år minskat sedan tandvårdsförsäkringen infördes. Talrika vittnesbörd om svarigheterna att få tid hos tandläkare visar också att den ej tillgodosedda efterfrågan på tandvård kan ha en avsevärd omfattning, något som även försöken med ett system för nya tandvårdspatienter visat. Riksförsäkringsverket vill här hänvisa till sin skrivelse 1979-03-02 till socialdepartementet med redovisning och bedömning av resultaten från systemet för omhändertagande av nya tandvårdspatienter.

Beträffande den framtida tillgången på tandläkartimmar anser riksförsäkringsverket att flera faktorer talar för att den utarbetade tillgångsprognosen är för optimistisk. Beräkningarna har utförts under vissa antaganden om utbildningskapacitet, verksamhetsgrad och sysselsättningsgrad. Utredningen har inte tagit hänsyn till att utvandringen av tandläkare med svensk legitimation successivt har ökat under de senaste åren. Vidare antar utredningen att den relativt höga sysselsättningsgraden inom privattandvården kommer att bestå. Utredningen tar heller inte hänsyn till effekterna av ökade möjligheter till föräldraledighet, delpensionering och studier under arbetstid.

Mot bakgrund av ovanstående kan riksförsäkringsverket inte dela utredningens uppfattning att det bör vara möjligt att reducera utbildningskapaciteten för tandläkare med 100 platser fr.o.m. år 1981. Utredningen har ju dessutom betonat att uppgifter avseende tandläkartimmar m.m. avser hela landet och att de stora regionala skillnaderna mellan tandvårdsresursernas fördelning inte framgår av de genomsnittssiffror som presenteras. Utredningen konstaterar att ett tillfälligt överutbud av tandvårdspersonal kan finnas på ett antal orter medan det i landet för övrigt anses föreligga en avsevärd brist på tandvård samt att en utjämning av sådan regional obalans kan ta lång tid. Riksförsäkringsverket har flera gånger tidigare bland annat i sitt remissyttrande över TU-78:s delbetänkande SOU 1979:7 "Tandvården i början av 80-talet" - redovisat sin uppfattning om det allvarliga missförhållande den regionala obalansen utgör. Enligt riksförsäkringsverkets uppfattning är det nödvändigt att bibehålla nuvarande utbildningskapacitet, eftersom samhället måste garantera att hela rikets befolkning får tillgång till tandläkare. Skulle mot förmodan ett eventuellt överskott av tandläkare på vissa orter uppstå, utgår verket från att sedvanliga arbetsmarknadsåtgärder vidtas på samma sätt som för andra yrkesgrupper.

1978 års tandvårdsutredning: Enligt våra direktiv skall vi föreslå åtgärder för en bättre fördelning av tandvårdsresurser över landet. I vårt delbetänkande Tandvården i början av 80-talet (SOU 1979:7) har vi räknat med att barn- och ungdomstandvårdens behov av tandläkare skall kunna vara tillgodosett senast år 1984. Vi visar emellertid samtidigt på att behovet av

vuxentandvård är otillräckligt tillgodosett på många håll i landet. Vi har ännu inte tagit ställning till hur behovet av vuxentandvård skall tillgodoses i ett längre perspektiv, varför vi t.n. saknar underlag för värdering av framtida behov av tandläkare. Vi är därför inte beredda att nu förorda en reduktion av tandläkarutbildningens kapacitet med 100 platser redan från år 1981.

Landstingsförbundet: Landstingsförbundet har i olika sammanhang, bl.a. sitt remissyttrande över utredningens diskussionspromemoria "Planering för framtidens tandvård" och 1978 års tandvårdsutrednings delbetänkande (SOU 1979:7) Tandvården i början av 80-talet, uttalat att den nuvarande dimensioneringen av tandläkarutbildningen bibehålls. Socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning redovisar enligt landstingsförbundets uppfattning inte material som ger anledning till omprövning i detta avseende. Utredningens förhoppningar att det på relativt kort sikt skall gå att föra över resurser från utbildningen av en personalgrupp till en annan är inte heller realistiska bl.a. därför att de berörda utbildningarna har olika huvudmän och disponerar olika resurser.

De utförda beräkningarna avseende den framtida tillgången på tandläkare och tandläkartimmar bygger bl.a. på uppskattningar av utbildningskapacitet, sysselsättningsgrad och nettoinvandring. Enligt landstingsförbundets uppfattning finns det starka skäl räkna med en annan utveckling än den av utredningen antagna i flera av dessa avseenden. Mycket talar för att utredningens tillgångsprognos avseende tandläkartimmar är för optimistisk och att den borde reduceras särskilt vad avser 1990-talet.

I utredningen betonas på flera ställen att uppgifterna angående tandläkartimmar, hygienistimmar och tandskötersketimmar avser hela landet och att de genomsnittssiffror rörande t.ex. antal tandläkartimmar per individ som presenteras, inte på något sätt ger uttryck för de stora regionala skillnader i tandläkartillgång som existerar. Utredningen konstaterar att det kan finnas ett överutbud av tandvårdspersonal på ett antal orter i landet medan det i landet för övrigt anses finnas en avsevärd brist på tandvård. En utjämning av sådan regional obalans kan ta lång tid. Detta framgår inte av utredningens genomsnittsberäkningar.

1978 års tandvårdsutredning har särskilt i uppdrag att behandla frågor om den regionala fördelningen av tandvårdsresurser. Förbundsstyrelsen har vid upprepade tillfällen markerat den starka vikt landstingsvärlden lägger vid den regionala balansen. Landstingsförbundet uttalade således i sitt remissyttrande till socialdepartementet över TU 78:s delbetänkande (SOU 1979:7) Tandvården i början av 80-talet i anledning av framlagda förslag att i någon mån förbättra den regionala balansen följande: "Det måste konstateras att den regionala obalansen vad gäller tillgång till tandläkarresurser för vuxentandvård till största delen sammanhänger med de privatpraktiserande tandläkarnas lokalisering. Möjligheter att på kort och medellång sikt i nämnvärd utsträckning förbättra den regionala balansen är starkt begränsade genom att använda kvoteringsreglerna. Detta kan endast ske genom att

etableringsreglerna för privattandläkare förändras.”

Landstingsförbundets styrelse finner således *dels* att mycket talar för att utredningens tillgångsprognoser särskilt vad avser 1990-talet är väl optimistiska. *dels* att kraven på en förbättrad regional balans vad gäller tillgång på tandläkare ställer ökade krav på tillgången på tandläkartimmar. Av dessa skäl är det därför nödvändigt att nu bibehålla nuvarande utbildningskapacitet för tandläkare för att garantera att de tandläkarglesaste områdena får sitt tandläkarbehov tillfredsställt. Förbundsstyrelsen avvisar därför bestämt förslaget om att dra ner utbildningstakten för tandläkare.

Kronobergs läns landsting: All samlad erfarenhet visar, att tidigare framlagda prognoser rörande avvägningen av tandläkarutbildningen, hur välgjorda dessa än varit, aldrig hållit streck. Kanske har detta, som utredningen själv säger, berott på att ”prognoser för en så begränsad sektor, som tandvården utgör, alltid tenderar att försumma den allmänna samhällsutvecklingens betydelse.”

Minskningen av tandläkarstuderandena från 500 till 400 per år 1981 måste betraktas som i viss mån äventyrlig för folktandvården. Kalkylerna avser en genomsnittlig situation för hela riket och måste innebära en kvarstående obalans i län, som, när detta skrivs, har låg tandläkartäthet. Det förefaller, som en viss lokal övermättnad temporärt måste accepteras, om spridning till bristområden skall kunna uppnås. Att medvetet skapa en bestående arbetslöshet bland tandläkarna är självfallet ej avsikten.

Värmlands läns landsting: De kalkyler som utredningen framlägger för den vuxna befolkningens tandvård rymmer många osäkerhetsfaktorer. Landstinget avstår därför från att göra annat än mera allmänna kommentarer. Landstinget vill bl.a. peka på att den lägre arliga arbetstiden för yrkesverksamma inom offentlig vård jämfört med privat är en följd av den betydligt större andelen kvinnliga tandläkare och unga tandläkare inom folktandvården. En ökning av den privata vårdsektorn i relation till den offentliga innebär därför inte automatiskt att fler tandläkartimmar erhålles.

Utredningen hävdar att dagens situation med brist på tandläkare inte får vara utgångspunkten för överväganden beträffande den framtida tandläkarutbildningens dimensionering. Landstinget anser att den nya inriktningen mot förebyggande vård kräver mindre tandläkarinsatser på sikt. Effekterna av en ökad satsning på förebyggande vård måste alltså enligt landstingets mening helt riktigt ha stor tyngd vid bedömningen. Men landstinget vill hävda att det är osäkert om lika snabba genomslag av profylaxen sker hos de vuxna som för barnen. Systemet med organiserad vård har varit en av förutsättningarna för hemtagandet av de profylaktiska vinsterna inom barntandvården. Motsvarande system saknas för de vuxna.

Med hänvisning till de kalkyler som gjorts menar utredningen att det bör vara möjligt att reducera utbildningskapaciteten för tandläkarna med 100 platser fr.o.m. 1981. Det betyder en sänkning från nuvarande 500 till 400. Landstinget delar som anförts utredningens uppfattning att en minskning på

sikt bör komma till stånd. Landstinget kan dock inte tillstyrka en reduktion redan från 1981. Den reella vårdssituationen som den upplevs i ett län med Värmlands struktur ger för närvarande ej stöd för en sådan åtgärd. Utredningens beräkningar avser genomsnittsvärden för hela landet. Den regionala obalans som nu rader kan säkrast förbättras genom att nytillskottet av tandläkare i stor utsträckning får komma bristområdena tillgodo.

En sådan förändring kräver relativt lång tid men måste ges hög prioritet. Landstinget vill erinra om att vuxenvården idag till 80 % omhändertas av den privata vårdsektorn. En markerad koncentration till större tätorter föreligger när det gäller privattandläkarna. En snabbare förbättring av den regionala balansen kan endast uppnås genom en omfördelning av befintliga resurser.

Västernorrlands läns landsting: Förvaltningsutskottet förutsätter att i kommande tandvårdsplanarbete vart län måste tillföras tandvårdsresurser för vuxna, inom folk- och/eller privattandvård, så att länet blir jämställt med landet i övrigt.

Om även övriga "tandläkarglesa" län planerar en motsvarande ökning kan efterfrågan på tandvård totalt i landet komma att öka mer än vad utredningen räknat med.

Även dessa frågor bör vägas in när beslut om indragning av utbildningsplatser för tandläkare ska fattas.

Västerbottens läns landsting: Västerbottens läns landsting har i sina tidigare remissyttranden liksom i denna skrivelse pekat på en del av de svårigheter som finns att beräkna det framtida tandvårdsbehovet och därmed antalet utbildningsplatser för tandvårdspersonal.

Förebyggande tandvård, genomtänkta vardrutiner och ökad delegering från tandläkare till annan tandvårdspersonal ger utan tvekan rationaliseringsvinster på längre sikt. Att dimensioneringen bl.a. av tandläkarutbildningen bör ses över i detta sammanhang är helt klart men att redan 1981 minska antalet utbildningsplatser med hundra eller med 20 % är enligt landstingets uppfattning helt orealistiskt.

Avgången under studietiden har ökat de senaste åren och kommer under de närmaste åren att bli cirka 16 %. Studenter som startar sin utbildning på tandläkarlinjen är numera också i genomsnitt äldre än tidigare. Varför den yrkesverksamma tiden blir kortare.

Rätten till föräldraledighet i form av förkortad arbetstid från 8 till 6 tim/dag liksom annan frånvaro för fackliga uppdrag, MBL, klinikträffar m.m. drabbar även tandvården. Nyttjandegraden eller den tid som direkt kan disponeras till tandvårdande verksamhet är i dag ungefär 75 % av totala arbetstiden. Den har dessutom en sjunkande tendens.

Som följd av de förebyggande tandvårdsinsatserna kommer antalet personer med tandproteser att minska. Det totala tandvårdsbehovet kommer därmed att öka eftersom personer med egna tänder i behåll kräver betydligt mer tandvård under sin livstid än en som är protesbärare.

Med hänsyn till den stora osäkerhet som föreligger beträffande efterfrågan och tillgång på tandläkartimmar särskilt på mindre orter bör utbildningskapaciteten för tandläkare inte reduceras.

TCO: Med hänsyn till att samtliga prognoser hittills slagit fel kan TCO dock inte tillstyrka att antalet utbildningsplatser för tandläkare skärs ner med 100 fr.o.m. år 1981. Man bör i stället utgå från att efterfrågan också på tandläkarvård kommer att öka i takt med samhällsutvecklingen. Nedskärningar bör inte göras förrän det är uppenbart att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan. Vad som nu sagts minskar inte behovet av en kraftig ökning av utbildningskapaciteten för profylaxpersonal. TCO vill särskilt understryka att detta är nödvändigt för att de uppställda målen för den framtida tandvården skall uppnås.

LO: -- Detta tyder på att de personer, framför allt bland låginkomstgrupperna, som inte haft regelbunden tandläkarkontakt tidigare har haft svårt att även efter tandvårdsförsäkringens införande få en god tandvård eller ens någon tandvård alls. En stor del av tandvårdsresurserna har i stället använts för ökad tandvård hos grupper som redan haft relativt god vård. Erfarenheterna av hur svårt det kan vara att få tid hos tandläkare visar också att det finns en avsevärd efterfrågan på tandvård som inte ännu tillgodoses.

LO har tidigare i yttrande över en rapport från tandvårdspersonalutredningen efterlyst en belysning av hur tandstatus och tandvårdsefterfrågan varierar mellan olika inkomstgrupper. Tidigare undersökningar har visat ett klart samband mellan låg inkomst och dålig tandstatus. LO:s påpekande att de eftersatta tandvårdsbehoven inte minst bland låginkomsttagare och i något högre åldrar bör belysas tydligare har dock inte tillgodosetts i den föreliggande slutrapporten, vilket LO beklagar. Inte heller belyser rapporten de stora skillnaderna i tillgång på tandvård mellan olika delar av landet. De genomsnittssiffror som anförs i rapporten ger därför en alltför glättad bild av situationen när det gäller vårdbehov och tillgång på tandvård idag. I många delar av landet finns det idag en stark brist på tandvård. En utjämning av denna regionala obalans kan ta lång tid.

LO motsätter sig därför bestämt utredningens förslag att reducera utbildningskapaciteten för tandläkare med 100 platser fr.o.m. år 1981. Enligt LO:s uppfattning är det nödvändigt att bibehålla nuvarande utbildningskapacitet ända till dess man klart kan överblicka att man kommer att kunna garantera att hela rikets befolkning får tillgång till erforderlig tandvård. Detta är än mer angeläget om man inte är beredd att använda tillräckliga styrmedel för att utjämna den regionala obalans som finns i tillgången på tandvård, och som främst hänger ihop med privattandläkarnas lokalisering. Ju mindre styrmedel man är beredd att använda för en regional utjämning, desto mer får man i så fall acceptera att det kan bli ett överskott av tandläkare på vissa orter.

Ett bidragande skäl till att bibehålla nuvarande utbildningskapacitet är

också att utredningens tillgångsprognos sannolikt är alltför optimistisk. Utredningen har inte tagit hänsyn till den ökande utvandringen av tandläkare med svensk legitimation. Inte heller har man beräknat någon minskning av den relativa sysselsättningsgraden bland tandläkare med hänsyn till bl.a. ökade möjligheter till föräldraledighet, delpensionering och studier under arbetstid.

Behovet av att åtgärda de stora regionala skillnaderna framhålls av riksförsäkringsverket, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun och LO.

Örebro läns landsting: Vad beträffar den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna har utredningen inte tagit ställning, utan i prognosarbetet förutsatt en jämn fördelning över landet. Även med mycket starka styrmedel kan man knappast räkna med en total utjämning. I 1978 års tandvårdsutrednings direktiv ingår bl.a. att komma med förslag till åtgärder för en bättre regional balans. Denna utrednings förslag måste enligt utskottets mening avvaktas innan man överhuvudtaget tar slutgiltig ställning i dimensioneringsfrågan.

Västerbottens läns landsting: I denna slutrapport har man helt utelämnat följderna av den regionala obalansen av tandvårdsresurserna vid diskussion om delmålens förverkligande. Man hänvisar till pågående tandvårdsutredning från 1978 (TU 78). Utredningens förslag till den framtida dimensioneringen av utbildningen av tandvårdspersonal grundas således på ett antagande att vi har eller inom de närmaste åren kommer att få en jämn fördelning av vårdresurserna. Med tanke på de speciella svårigheter som finns att rekrytera tandvårdspersonal till glesbygdskliniker kommer en regional obalans att bli bestående även om man tillgriper särskilda rekryteringsåtgärder. Vi måste därför räkna med att ha ett visst överskott av tandläkare särskilt på fakultetsorterna för att tjänsterna i glesbygderna och mindre tätorter skall överhuvudtaget locka någon sökande.

Följande remissinstanser är positiva till utredningens förslag om minskad utbildningskapacitet för tandläkare fr.o.m. år 1981: UHÄ, Spri, Stockholms läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Göteborgs kommun, SACO/SR, SAF, Sveriges tandläkarförbund, Svenska tandsköterskeförbundet, SFS.

UHÄ: Universitetet i Göteborg menar att även om framtidens tandläkare kommer att ägna sig åt förebyggande åtgärder i högre grad än nu, finns risk för överbehandling, speciellt om det nuvarande taxsystemet behålls. Man säger vidare:

Man är idag överens om att enbart reparativ tandvård inte leder till förbättrat tandhälsotillstånd. En stor del av de fyllningar, som görs om, blir

inte bättre än de tidigare gjorda men väl större. Vid ett överskott av tandläkare ökar sannolikheten för onödiga omgörningar och justeringar av tidigare utförd reparativ vård. Därför är det inte osannolikt att den ökade tillgången på tandläkare leder till en förskjutning i uppfattningen om vårdbehov och på så sätt kan ett betydande tandläkaröverskott maskeras. Man skall nämligen ha klart för sig att tandläkaren är en utomordentligt betydande faktor när det gäller att skapa patienternas tolkning av begreppet god tandhälsa. Detta leder alltså till automatisk anpassning mellan prognos och utfall. I framtiden får man därför svårt att med dagens metoder för uppskattning av vårdbehov och värdefterfragan avgöra om satsningen på utbyggnaden av tandvårdens resurser varit riktig.

Stockholms läns landsting: Förvaltningen delar uppfattningen att det är svart att kvantifiera den framtida värdefterfragens storlek. Ej förutsebara samhällsförändringar kan, enligt förvaltningens mening, ha väl så stor betydelse för den framtida efterfragan på tandvård som de faktorer som här angivits och som särskilt poängteras av utredningen. Ett ökat intresse för friskvård med sammanhängande förändringar i kostvanorna skulle exempelvis kunna innebära en dramatisk minskning av tandvårds efterfragan.

--- En fortsatt hög ökningstakt av antalet tandläkare kan komma att försvåra en omfördelning av resurserna till mera förebyggande insatser. Detta kan också motverka den angelägna utvecklingen mot mera självständiga arbetsuppgifter för i första hand tandsköterskorna.

I jämförelse med oförändrad utbildningskapacitet för tandläkare innebär det nu framlagda förslaget att antalet tandläkartimmar per invånare minskar med 12 minuter till 2 timmar per invånare år 2000. År 1975 var antalet tandläkartimmar per invånare 1,22. Under en 25-årsperiod skulle således, även med en minskning av utbildningskapaciteten, tandläkarresurserna närmast fördubblas. Utredningen konstaterar samtidigt, att Sverige tillsammans med Norge redan ligger i världstopp beträffande antal tandläkare per invånare.

Göteborgs och Bohus läns landsting: Vi menar att det är en orimlighet att tandvårdspersonalen fram till år 2000 i stort sett fördubblas, med tanke på bl.a. befolkningsutvecklingen under denna tid.

En minskning av utbildningskapaciteten för tandläkare parallelliserad med en ökning av utbildningskapaciteten för profylaxpersonal anser vi vara helt i överensstämmelse med utvecklingen från en mer reparativt inriktad vård mot en mer profylaxinriktad tandvård. Med hänsyn till de olika utbildningarnas längd bör en sådan satsning vara betydligt enklare att planera och anpassa efter framtida vårdbehov och värdefterfragan.

Sveriges tandläkarförbund: Inledningsvis önskar STF slå fast, att de beslut om tandläkarutbildningens dimensionering, som nu fattas, får effekt först i slutet av 1980-talet. Utredningen framhåller detta men det bör ytterligare understrykas att man inte bör låta framtidsperspektivet skymmas av dagens

situation inom vuxentandvården med dennas uppdämda vårdbehov och ännu icke tillfredsställande regionala balans.

Ytterligare faktorer som inte kan förbises vid bedömningen av dimensioneringsfrågan är dels den satsning på förebyggande vårdåtgärder åt enskilda som skett och kommer att ske i ökande utsträckning, dels den ökande kunskapen om orsakssammanhangen bakom tandsjukdomarna hos befolkningen, dels ock de goda resultaten av systematiskt omhändertagande inom ramen för särskilda vårdprogram för barn och ungdom samt motsvarande program för vuxna.

Barn- och ungdomstandvård

Vad gäller utredningens tre antaganden om genomsnittlig behandlingstid åren 1985, 1990 och 2000 utgår samtliga tre alternativ från en medelbehandlingstid av 1,6 timmar 1985. Mot bakgrund av den statistik från socialstyrelsen och vissa landsting som tidigare redovisats i denna skrivelse är det mycket som talar för att ovannämnda medelbehandlingstid kommer att understiga 1,6 timmar per år redan före 1985. I anslutning härtill bör framhållas vikten av att utredningens antaganden i fråga om den allmänna målsättningen gäller, dvs. minskning av förbrukningen av sackaroshaltiga mellanmålsprodukter, aktiva insatser från profylaxpersonalen och en fortsättning av konstaterade förbättringar av tandhälsotillståndet hos barn och ungdom. Denna målsättning, vilken vi bedömer som helt realistisk, gör att STF betraktar alternativ 3 som mest troligt. Med hänsyn till vad STF nyss anfört i fråga om behandlingsintervallen framstår det sammantagna alternativet C/3¹ som det för STF mest sannolika. Detta skulle innebära ett minskat behov av tandläkartimmar under prognosperioden (Tabell 8.3 i utredningen).

Vuxentandvård

När det gäller medelbehandlingstiden har förbundet redan angivit att 2,6 timmar år 1985 är det sannolika alternativet. Det uppdämda vårdbehovet samt bristen på profylaxpersonal gör det inte realistiskt att räkna med någon minskning dessförinnan.

¹ Alternativ C innebär följande genomsnittliga behandlingsintervall (män).

Åldersgrupp	C
3- 5 år	12
6- 9 år	13
10-12 år	18
13-16 år	16
17-19 år	18

Alternativ 3 innebär en genomsnittlig medelbehandlingstid för barn och ungdomar år 1985 på 1,6 tim., år 1990 på 1,2 tim. och år 2000 på 1,0 tim.

Enligt STF:s uppfattning måste man räkna med att medelbehandlingstiden efter år 1985 minskar genom att satsningarna på förebyggande åtgärder inom vuxentandvården då rimligtvis har givit ett resultat som går i samma riktning som det inom barn- och ungdomstandvården. Dessutom bör vid denna tidpunkt det uppdämda behovet av mera omfattande reparativa åtgärder kraftigt ha minskat. Utredningen har enligt STF:s uppfattning en alltför pessimistisk syn i dessa avseenden. Till stor del synes utredningens prognoser byggas på föråldrade uppfattningar om tandläkarutbildningens innehåll och tandläkarnas intresse för förebyggande vård. Tandläkarförbundet anser det rimligt att räkna med en medelbehandlingstid på 2,3 timmar 1990 och 2,0 timmar år 2000.

Det är samhällsekonomiskt orimligt att utbilda tandläkare till en kostnad av nära en kvarts miljon per person för en arbetsmarknad där de enligt alla sannolika prognoser inte behövs. Det är också orimligt att låta ett antal unga människor ådra sig studieskulder i storleksordningen 70 000 - 80 000 kronor, vilket är vanligt för tandläkarutbildning, när allt tyder på att de inte kan få sysselsättning när de slutat sin utbildning.

Det är i och för sig värdefullt att utredningen redovisat de ekonomiska konsekvenserna på utbildningssidan av utredningens förslag och överväganden. Än angelägnare synes det STF ha bort vara att redovisa de olika utvecklingsmodellernas inverkan på samhälls ekonomin. Denna är redan i dag hårt belastad.

Ett genomförande av det mest ambitiösa programmet inom vuxentandvården skulle kräva 13,5 miljoner timmar år 2000. Utgående ifrån dagens timkostnad i folktandvården skulle detta program - med nuvarande personaltäthet - komma att kosta ca 4 000 miljoner och utifrån privatvårdens nuvarande timkostnad ca 3 000 miljoner kronor. Sistnämnda kostnad kommer, under förutsättning av att nödvändig ökning av assisterande personal kan åstadkommas och betalas, utan tvekan att ligga avsevärt närmare de 4 000 miljoner som anges för folktandvården. Till dessa kostnader skall för totalbedömningen av samhällets kostnader läggas vad barn- och ungdomstandvården kostar.

Det finns således vid sidan av sysselsättningsaspekten för tandläkare under 1990-talet även en allvarig samhällsekonomisk aspekt, vilket ytterligare accentuerar behovet av ett snabbt beslut i fråga om tandläkarutbildningens dimensionering.

RRV ifrågasätter om inte även utredningens förslag innebär en för stor tillgång på tandläkare. RRV anför: TPU föreslår ett alternativ för tandläkartillgången som ligger nära ovan nämnda extremalternativ med oförändrad utbildningskapacitet - 12 800 tandläkare år 2000. RRV ifrågasätter förslaget av följande skäl. TPU har framfört att tandvården i framtiden måste få ett större inslag av förebyggande åtgärder, samt att sådana åtgärder åstadkoms till stor del av andra yrkesgrupper än tandläkare. Förebyggande

åtgärder minskar dessutom på sikt behovet av tandläkarnas reparationsarbete. En fortsatt satsning på tandläkarutbildningen enligt nyss nämnda förslag kan enligt RRV:s mening innebära svarigheter att förändra tandvården i riktning mot mer förebyggande insatser.

Flera av de remissinstanser som tillstyrkt utredningens förslag uttrycker synpunkter på den regionala obalansen i utbudet av tandläkarresurser.

UHÄ: Den regionala obalans som nu finns får inte mötas med stort totalt överskott av tandläkare utan i stället med riktade positiva styråtgärder.

Spris: Enligt Spris mening bör man därför vid en minskning av tandläkarutbildningskapaciteten tillskapa åtgärder som gynnar en jämnare fördelning av tandläkarresurserna.

Stockholms läns landsting: Förvaltningens ställningstagande grundar sig bl.a. på det material som presenterats av utredningen. I detta material görs inga överväganden beträffande den regionala fördelningen av tandvårdspersonal. I den mån en rimlig regional balans avseende tandläkarresurser inte kan uppnås med tillgängliga styrmedel, kan detta föranleda att en från andra utgångspunkter motiverad minskning av utbildningskapaciteten av tandläkare måste ifrågasättas.

Älvsborgs läns landsting uttalar att landstinget med nuvarande underlag inte tar ställning till utredningens förslag att minska tandläkarutbildningen.

Flera remissinstanser har haft synpunkter på var en utökning av antalet utbildningsplatser för tandläkare skulle kunna ske om utbildningseenheten vid Holländargatan läggs ner.

Följande remissinstanser har föreslagit att antalet utbildningsplatser vid tandläkarhögskolan i Umeå utökas: *socialstyrelsen, UHÄ, Stockholms läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting och SFS.*

Socialstyrelsen: Enligt styrelsens mening skulle det kunna vara fördelaktigt för bl.a. den regionala tandläkarbalansen att, om Holländargatsenheten läggs ner, låta i första hand Umeå komma ifråga för en utökning av antalet utbildningsplatser för tandläkare eftersom man erfarenhetsmässigt vet att tandläkare som utbildats i Umeå i större utsträckning söker sig till de tandläkarglesa norrlandslandstingen.

UHÄ: Om statsmakterna ändå av värdpolitiska skäl vill ha en dimensionering som överstiger 400 nybörjarplatser per år bör man överväga att i stället för fortsatt utbildning och stora investeringar vid Holländargatan på längre sikt utöka kapaciteten i Umeå med hänsyn till de norra landstingens särskilda rekryteringsproblem. Det kan på längre sikt inte vara önskvärt att utbilda närmare hälften av tandläkarna i stockholmsregionen.

Kronobergs läns landsting anser att antalet studerande vid utbildningscentralerna i Huddinge och Göteborg kan ökas med 20 studerande per år och enhet.

Stockholms läns landsting anger att en analys av fördelningen av arbetsuppgifter mellan allmäntandläkare och specialtandläkare är angelägen. Landstinget fortsätter: Denna analys bör enligt förvaltningens uppfattning i stor utsträckning bygga på lokala förutsättningar och ingår också som en väsentlig del i det pagaende vårdplanearbetet i Stockholms läns landsting. Det hade dock varit värdefullt om denna viktiga fråga hade belysts från allmänna utgångspunkter av utredningen.

3 Dimensionering av tandhygienist-, tandsköterske- och tandteknikerutbildningarna

Sa gott som samtliga remissinstanser tillstyrker utredningens förslag om en utökning av antalet utbildningsplatser för tandhygienister till minst 200 år 1980 och till 300 fram till år 1990.

Socialstyrelsen: Med ökad satsning på tandhälsoupplýsning kommer tandvårdsmedvetenheten att öka hos befolkningen vilket enligt styrelsen sannolikt medverkar till en förskjutning av efterfragemönstret mot förebyggande behandling i form av tandstensskrapning, professionell tandrengöring etc. Denna utveckling kommer att medföra ökad efterfrågan på tandvårdspersonal med speciell utbildning i profylaktik, exempelvis tandhygienister.

Stockholms läns landsting: I förhållande till utbildningskapaciteten för tandläkare pekar knappast de framlagda föreslagen hän mot någon mera radikal förändring av tandvårdens inriktning. Det bör också påpekas att de beräknade årliga utbildningskostnaderna, när föreslagna förändringar fått full genomslagskraft, kommer att vara 94 milj. kr. för tandläkare och 4,8 milj. kr. för tandhygienister (1977 års löneläge).

Blekinge läns landsting finner det angeläget att den av utredningen föreslagna utbildningskapaciteten för tandhygienister på 300 utbildningsplatser per år nås tidigare än år 1990.

Malmöhus läns landsting uttalar dock: Tandvårdsdirektionen är för närvarande inte helt övertygad om att en så omfattande höjning av utbildningskapaciteten på tandhygienistsidan är önskvärd eller nödvändig. Även här måste tillgång och efterfrågan analyseras.

Sveriges tandhygienistförening anser att de i LKEIP 78 föreslagna 541 tjänsterna är helt otillräckliga mot bakgrund av den föreslagna utbildningskapaciteten.

Flertalet remissinstanser delar också utredningens bedömning om att utbildningskapaciteten för tandsköterskor bör vara minst 1 200 elevplatser per år.

Kopparbergs läns landsting och *Malmö kommun* bedömer att en utbildningskapacitet på 1 200 elever per år för tandsköterskor är för låg. *Kopparbergs läns landsting* fortsätter: Med denna utbildningskapacitet

kommer relationstalet mellan tandsköterskor och tandläkare att vara oförändrat eller t.o.m. sjunka något. Då tandsköterskorna i allt större utsträckning engageras i förebyggande tandvård och uppgifter utanför den direkta tandläkarassistenten kan ett för lågt antal utbildningsplatser resultera i att tandläkarresurserna utnyttjas ineffektivt.

Kristianstads läns landsting rekommenderar mot bakgrund av den sjunkande sysselsättningsgraden en omedelbar ökning av tandsköterskeutbildningen.

Några av tandvårdshuvudmännen, bl.a. *Stockholms läns landsting*, anger att det finns bedömningar om det långsiktiga utbildningsbehovet som tyder på att utredningens förslag om 1 200 elevplatser per år skulle överträffas av den faktiska utvecklingen.

Landstingsförbundet uttalar att förbundet är berett att verka för en ökning av utbildningskapaciteten för tandhygienister och tandsköterskor.

Flera remissinstanser, *UHÄ*, *Kronobergs läns landsting*, *Kalmar läns landsting*, *Blekinge läns landsting*, *Värmlands läns landsting*, *Västmanlands läns landsting* och *Sveriges tandhygienistförening*, har synpunkter på fördelningen av tandhygienist- och tandsköterskeresurserna i landet.

UHÄ: *UHÄ* föreslår att man i första hand inriktar sig på en ytterligare spridning av tandhygienistutbildningen i landet. Vi vet att utbildningen uteslutande rekryterar kvinnor och att genomsnittsåldern ligger kring 25 - 30 år. Undersökningar visar att en sådan grupp är extremt avståndskänslig och ogärna påbörjar en utbildning långt från hemorten.

Kronobergs läns landsting: Utredningens varning för alltför stark tilltro till medelvärdesberäkningar av tillgången på hygienisttimmar i landet bör understrykas. En ökad examination ger med visshet ingen jämn spridning över landet av hygienisterna.

Blekinge läns landsting: Det är angeläget att statsmakterna ställer sig positiva till en sådan geografisk fördelning av utbildningskapaciteten för tandhygienister att förutsättningar skapas för att få en balanserad geografisk fördelning av tandhygienisterna. En geografisk snedfördelning av tandhygienister av samma typ som gäller för tandläkare måste undvikas. En lämplig decentralisering av utbildningen torde vara ett sätt att motverka koncentrationen av tandhygienister till storstäderna.

Sveriges tandhygienistförening: Antalet utbildningsorter bör ej utökas för mycket då det kan försvåra en anpassning till framtida förändringar.

Ingen remissinstans motsätter sig utredningens uppfattning att behovet av tandsköterskor bör beräknas och att utbildningen av denna personalkategori bör genomföras av den enskilde huvudmannen.

Flera remissinstanser, bl.a. *Kalmar läns landsting*, *Kristianstads läns landsting* och *Kopparbergs läns landsting* anser att samtliga eller så gott som samtliga tandvårdshuvudmän skall utbilda tandsköterskor. *Kristianstads läns*

landsting föreslår att berörda centrala instanser går ut med en rekommendation om att tandsköterskeutbildning etableras hos samtliga folktandvårdshuvudmän.

Vissa remissinstanser bl.a. *socialstyrelsen, UHÄ, Stockholms läns landsting, Östergötlands läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Värmlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, TCO, SACO/SR, och Svenska tandsköterskeförbundet* pekar på att av utredningen kalkylerat behov av utbildningskapacitet för tandhygienister och tandsköterskor kan bli otillräckligt och att behovet av dessa personalkategorier behöver bli föremål för fortlöpande uppföljning.

TCO: TCO utgår från att allt prognosarbete sker från utgångspunkten att den fulla sysselsättningen upprätthålls för berörda personalkategorier. Vid beräkningen av antalet utbildningsplatser för de olika yrkeskategorierna bör detta således beaktas. Samtidigt måste man undvika att befolkningens behov av tandvård inte eftersätts på grund av personalbrist. Självfallet är det svåra avvägningar att göra vilket ytterligare understryker vikten av en fortlöpande uppföljning av gjorda prognoser.

Östergötlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Örebro läns landsting och Västernorrlands läns landsting framhåller att tillgången på tandhygienist- och tandsköterskeresurser bör följas mot bakgrund av den sjunkande sysselsättningsgraden.

Östergötlands läns landsting: Landstinget vill samtidigt påtala vikten av att sysselsättningsgraden för tandvårdspersonal noga följes upp med hänsyn till de snabba förändringar mot kortare arbetstid som skett inom folktandvården under de allra senaste åren. Vidare bör sysselsättningsgraden för privattandvården uppmärksammas. Inom denna sektor kan rimligen förväntas en minskning av nuvarande långa årsarbetstider.

Flera remissinstanser konstaterar att på grund av den korta utbildningstiden för tandhygienister och tandsköterskor bör eventuella brister eller överskott relativt snabbt kunna rättas till.

Stockholms läns landsting tar upp frågan om tandhygienistens ställning. Landstinget fortsätter: Enligt förvaltningens uppfattning kan det finnas anledning att ompröva bestämmelsen om att tandhygienister inte får arbeta självständigt, bl.a. för att underlätta realiserandet av en företagstandhållsovård. Följden av denna omprövning föranleder förmodligen att relationen mellan utbildningskapaciteten för tandläkare och tandhygienister ytterligare bör förändras.

Vissa landsting t.ex. *Stockholms läns landsting, Södermanlands läns landsting, Malmöhus läns landsting* och *Örebro läns landsting* pekar på att dimensioneringen av utbildningskapaciteten för tandhygienister och tandsköterskor är beroende av dels nya verksamhetsområden inom profylaxarbetet samt arbetsfördelningen mellan dessa

personalkategorier.

Stockholms läns landsting: Det är svårt att utröna i vilken mån konsekvenserna av nya arbetsuppgifter för vissa tandsköterskor ingår i utredningens bedömning av det framtida utbildningsbehovet. Det är beklagligt att denna angelägna fråga inte fått en mera ingående behandling, eftersom en omfördelning av arbetsuppgifterna mellan tandläkare och tandsköterskor självfallet påverkar relationstalet mellan de båda personalkategorierna. Likaså saknas en diskussion och slutsatser om arbetsfördelningen mellan tandsköterskor och tandhygienister. Dessa brister gör det svårare att låta en medveten värdpolitisk bedömning ligga till grund för en granskning av utredningens förslag.

TCO: Det kan finnas skäl att peka på att man vid dimensioneringen av olika personalkategorier bör ha klart för sig att tandhygienister och profylaxtandsköterskor har olikartade arbetsuppgifter. Profylaxtandsköterskorna arbetar i huvudsak med förebyggande tandvård medan tandhygienisterna i stor utsträckning behandlar redan uppkomna skador samt tar del i utbildningsinsatser för profylaxpersonal.

Kristianstads läns landsting är tveksamt till om behovet av arbetsinsatser för individuellt meddelade praktiska instruktions- och övningsprogram för tandhälsovård beaktats tillräckligt vid beräkning av tandsköterskebehovet.

Malmöhus läns landsting pekar på att ökade krav från tandhygienister och profylaxtandsköterskor på direkt- och sidoassistans kan tvinga fram ytterligare utbildningsplatser för tandsköterskor.

Värmlands läns landsting är tveksamt till utredningens förslag att tandhygienister skall kunna arbeta inom ungdomstandvården.

Sveriges tandhygienistförening: Då det som redan nämnts saknas statistiskt underlag för den framtida yrkesverksamheten för tandhygienister är det mycket svårt att göra någon prognos för medelbehandlingstiden. Förslaget på 2,5 respektive 1,5 timmar är enligt STHF alldeles för lågt beräknat.

Malmöhus läns landsting: Omfattningen av såväl tandhygienisternas som profylaxtandsköterskornas kliniska tjänstgöring måste klarläggas, inte minst med tanke på det framtida behovet av behandlingsrum.

Malmöhus läns landsting uttalar att landstinget delar utredningens tveksamhet om en satsning på tandhygienister och profylaxtandsköterskor inom landsting och planerade kliniker kan förenas med folktandvårdens övriga åtaganden inom militär fredstandvård, inom den kliniska tandvården vid de odontologiska fakulteterna samt ansvaret för allmäntjänstgöring för tandläkare.

Sveriges tandhygienistförening tycker det är upprörande om den militära fredstandvården och AT-tjänstgöringen för nyexaminerade tandläkare skall få stoppa en ökad satsning på tandhygienister. Det får under inga

omständigheter leda till att det inte finns behandlingsrum för tandhygienisterna.

Malmöhus läns landsting uttalar också att bristen på utbildade tandvårdslärare är stor, vilket måste beaktas så att en tillfredsställande lärarekrytering säkerställs.

Sveriges tandhygienistförening: När utbildningen utökas anser STIF det vara ett viktigt krav att det finns tillräckligt många tandhygienister med lärarutbildning.

Västerbottens läns landsting har förordat en ny utbildningsväg för tandhygienister. Landstinget anför: Rekryteringen till tandhygienistutbildningen bör dock ses över. Den nuvarande utbildningen via tandsköterska med minst 2 års väl vitsordad tjänstgöring har redan efter denna korta utbildningsperiod medfört att man haft vissa svårigheter att få tillräckligt många sökande. Inte ens erbjudande om full lön under studietiden som tillämpas i vårt län tycks locka sökande från kliniker utanför Umeå. En tvåårig postgymnasial utbildning, parallellt med den ettåriga skulle på grund av, att dess elever inte i lika hög grad är orsbundna, ge ett bredare rekryteringsunderlag av tandhygienister till kliniker utanför utbildningsorterna.

Sveriges tandhygienistförening: STIF anser det som ett absolut krav att endast behöriga tandsköterskor (med grundutbildning) ska ha möjlighet att få vidareutbildning.

TCO: TCO har tidigare mycket bestämt motsatt sig ett förslag från tandvårdspersonalutredningen att slopa kravet på tandsköterskeexamen för behörighet till profylaxtandsköterskeutbildningen. TCO vill här återigen understryka denna uppfattning.

Svenska tandsköterskeförbundet: STF vill poängtera att förbundet tar bestämt avstånd till förslaget att kravet på tandsköterskeexamen för behörighet till profylaxtandsköterskeutbildning temporärt slopas. Privatvårdens struktur - små praktiker och brist på lokalutrymme - anser STF vara den främsta orsaken till att tandsköterskorna inte kan delta i det profylaktiska arbetet.

SAF: Beträffande utbildning av tandsköterskor vill SAF särskilt peka på betydelsen av att tandsköterskor med mångårig yrkesvana bereds tillfälle genomgå kompetensgivande utbildning.

TCO: Ett stort antal nu verksamma tandsköterskor har inte formell behörighet. Enligt TCO:s mening är det mycket angeläget att utbildningsinsatserna intensifieras så att denna grupp snarast ges möjlighet till utbildning för behörighet. Utbildningen bör ske genom den s.k. 23-veckorsutbildningen. Denna utbildning bör således finnas kvar under en begränsad övergångstid men härefter bör gymnasieutbildningen vara den enda utbildningsvägen till tandsköterska. Intensificerade utbildningsinsatser för icke-behöriga tandsköterskor påverkar också prognosarbetet genom att tillgången på profylaxtandsköterskor kan öka.

Enligt utredningen kommer SÖ att framlägga ett förslag till "speciell utbildningsplan" för tandsköterskor med lång yrkesverksamhet men utan examen.

SÖ: SÖ har utarbetat ett förslag till etapputbildning för yrkesverksamma tandsköterskor. Målet för utbildningen motsvarar i förslaget allmänt utbildningsmål för tvåårig utbildning till tandsköterska. Utbildningen föreslås omfatta ett teoretiskt avsnitt om 13 veckor inklusive innevarande tilläggsutbildning till s.k. profylaxtandsköterska samt ca tre till fem veckors praktik. Förslaget remissbehandlas för närvarande. SÖ har aviserat ifrågasatt utbildning i petita för 1980/81. Eftersom utredningen räknar med ca 3 000 oexaminerade tandsköterskor måste utbildningen genomföras successivt, med hänsyn till utbildningsresurserna och tandsköterskornas möjligheter att delta i heltidsundervisning.

Förslaget om dimensionering av tandteknikerutbildningen tillstyrks eller lämnas utan erinran av samtliga remissinstanser. Flera remissinstanser framhåller att det även för denna yrkeskategori är väsentligt att utvecklingen under de närmaste åren följs med uppmärksamhet.

Sveriges tandteknikers riksförbund: Utredningen redovisar tre alternativ för att beräkna det antal tandläkartimmar, som leder till tandtekniska tjänster och arbeten.

Riksförbundet menar att det första alternativet¹ är bäst, när det gäller att prognostisera en överskådlig framtid.

Riksförbundet föreslår att frågan om aktuellt, totalt antal verksamma och deras fördelning på olika kategorier inom laboratoriet blir föremål för utredning. En sådan kan f.ö. göras rätt okomplicerad och bedrivas kontinuerligt i enkätform i socialstyrelsens regi. Sådant underlag skulle öka tillförlitligheten i beräkningarna.

SAF: Av utredningen framgår också att det varit svårt att beräkna framtida efterfrågan på behöriga tandtekniker. I detta sammanhang vill vi mot bakgrund av en trolig ökning av antalet deltidsanställda ifrågasätta om inte efterfrågan bör uttryckas i timmar.

Vid sidan om bristen på säkra uppgifter om personalkategorierna på tandtekniska laboratorier vill vi här som osäkerhetsfaktor även notera den förändring i vårdpanoramats som kan bli följderna av bättre tandstatus högre upp i åldrarna.

¹ Alternativ I innebär att 35 % av antalet tandläkartimmar i vuxentandvården kräver tandteknisk assistans.

4 Utvärdering av resultaten av tandvårdsverksamheten samt ett rullande prognos- och utvärderingsarbete

Flera remissinstanser, bl.a. *RRV, Spri och Stockholms läns landsting*, har haft synpunkter på utvärderingen av tandvårdsverksamhetens effekter.

Spri: De begrepp, termer och metoder som i dag används för att beskriva och analysera tandvårdsverksamheten är otillräckliga. Som exempel kan nämnas begreppen medelbehandlingstider och färdigbehandlad patient. Dessa begrepp ger en dålig bild av vad tandvården åstadkommer i form av förbättrad tandhälsa. Det är därför en viktig uppgift att utveckla metoder som beskriver tandvårdsverksamhetens effekter.

Stockholms läns landsting: Förvaltningen delar utredningens uppfattning att antal kvarvarande tänder är ett mycket grovt mått på befolkningens tandhälsa. I avvaktan på en mera genomgripande epidemiologisk kartläggning får den föreslagna formuleringen ses som ett berömvärt försök att rikta intresset mot *resultatet* av utförda åtgärder i stället för mot utförda prestationer inom tandvården.

Utredningens förslag om att socialstyrelsen kontinuerligt skall följa utvecklingen av tillgång och efterfrågan på tandvårdspersonal tillstyrks eller lämnas utan erinran av samtliga remissinstanser. Flera remissinstanser, bl.a. *RRV, UHÄ och Landstingsförbundet*, framför dock att formerna för detta bör kunna bestämmas i samband med socialstyrelsens omorganisation.

TCO, SAF, Sveriges tandhygienistförening och Sveriges tandteknikers riksförbund understryker att i arbetsgruppen bör ingå representanter för berörda personalorganisationer. *SAF* anser att även yrkesförbunden bör vara representerade.

LO anför dessutom följande: *LO* instämmer också i utredningens bedömning av behoven av framtida prognos- och utvärderingsarbete för att följa upp tillgången på tandvård och vårdbehoven i framtiden. I denna uppföljning måste emellertid de sociala och regionala skillnaderna belysas på ett helt annat sätt än vad som skett i tandvårdspersonalutredningen. Det är enligt *LO*:s mening ytterst anmärkningsvärt att utredningen i sitt faktamaterial helt underlåter att belysa de klasskillnader som fortfarande finns när det gäller tandstatus och tandvård.

Flera remissinstanser, bl.a. *UHÄ, Malmöhus läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting och Värmlands läns landsting* tar upp frågan om en samhällsodontologisk forskningsinstitution vid de odontologiska fakulteterna.

UHÄ anför vidare: Universitetet i Umeå framför i detta sammanhang att socialstyrelsens arbete otvivelaktigt skulle underlättas om samhällsodontologiska forskningsinstitutioner fanns vid de odontologiska fakulteterna. Man föreslår därför att åtgärder vidtas för att skapa resurser för inrättande av sådana institutioner. På så sätt kan man få den nödvändiga utvärderingen av

insätta åtgärder och det underlag som behövs för det framtida prognosarbetet.

Flera tandvårdshuvudmän, bl.a. *Östergötlands läns landsting, Malmöhus läns landsting och Göteborgs kommun*, förklarar sig villiga att medverka i en eventuell försöksverksamhet rörande olika system för att bedriva tandvård.

Förslag till

Lag med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier

Härigenom föreskrivs följande.

Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier. Därvid får föreskrivas avgift för ansökan.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1981.

UTBILDNINGSDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1980-03-20

Föredragande: statsrådet Wikström

Anmälan till proposition om behov och utbildning av tandvårdspersonal, m. m.

Dimensionering av tandläkarutbildningen

På förslag av regeringen i proposition om tilläggsbudget I för innevarande budgetår (prop. 1979/80: 25, UvU 1979/80: 14, rskr 1979/80: 120) bemyndigade riksdagen regeringen bl. a. att besluta att någon antagning till tandläkarlinjen vid karolinska institutet avseende utbildningen vid Holländargatan inte skall ske inför höstterminen 1980. Jag avser att senare idag återkomma till regeringen med förslag till sådant beslut.

I samma proposition anmälde jag min avsikt att återkomma till regeringen under våren 1980 i frågan om tandläkarutbildningens fortsatta dimensionering och att på grundval därav ta slutlig ställning till frågan om avveckling av enheten vid Holländargatan. Övervägandena skulle, framhöll jag, då också kunna ske mot bakgrund av förslagen från socialstyrelsens tandvårdspersonalutredning och remissbehandlingen av dessa förslag.

Statsrådet Holm har i det föregående redovisat sina överväganden med anledning av tandvårdspersonalutredningens bedömningar av bl. a. det framtida behovet av tandläkare. Med utgångspunkt häri tar jag i det följande upp frågan om tandläkarutbildningens dimensionering. Statsrådet Holm och jag har samrått i dessa frågor.

Tandläkarutbildningen i landet bedrivs f. n. på fyra orter – Malmö, Göteborg, Stockholm och Umeå – med en samlad årlig antagningskapacitet av 500 studerande. Härav svarar enheten vid Holländargatan för 100 platser.

I sitt nyssnämnda betänkande utgår utbildningsutskottet ifrån att regeringen inriktar sig på en framtida dimensionering av utbildningskapaciteten som inte väsentligen understiger nuvarande nivå och att därvid antalet nybörjarplatser utökas främst vid högskoleenheter i områden som har den största bristen på tandläkare.

Med anledning härav lät jag i december 1979 uppdra åt statens förhandlingsnämnd att skyndsamt undersöka förutsättningarna för att bygga ut tandläkarutbildningen i Umeå i anslutning till en planerad nybyggnad vid regionsjukhuset. Förhandlingsnämnden har med skrivelse den 28 februari 1980 redovisat ett protokoll som förts vid förhandlingar mellan nämnden och delegerade för Västerbottens läns landstingskommun rörande den fortsatta lokalplaneringen för tandläkarutbildningen i Umeå, m. m. Den i protokollet återgivna överenskommelsen – som har träffats med förbehåll om regeringens godkännande – innebär i huvudsak följande.

Planeringen av lokaler och utrustning skall inriktas på att göra det möjligt att fr. o. m. höstterminen 1981 öka antalet nybörjarplatser på tandläkarlinjen i Umeå från 60 till 100 per år. För detta ändamål anordnas lokaler bl. a. i den av landstinget planerade nybyggnaden. Landstinget åtar sig vidare att planera och organisera tandvården inom landstingsområdet i samråd med universitetet så att patientunderlaget för tandläkarutbildningen garanteras. Fördelningen av kostnaderna för byggnadsobjektet avses bli föremål för fortsatta förhandlingar.

Jag avser att senare i dag föreslå att regeringen godkänner vad som har överenskommit enligt protokollet och att regeringen uppdrar åt universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) och universitetet i Umeå att planera för den förutsatta ökningen av antalet nybörjarplatser i Umeå fr. o. m. höstterminen 1981.

Ett genomförande av mina förslag innebär att de utbildningsplatser som skulle komma att falla bort vid en avveckling av enheten vid Holländargatan i första hand ersätts i Umeå. Härmed uppnås enligt min mening tre avgörande fördelar. Genom att förlägga ökningen till en redan befintlig enhet för tandläkarutbildning kan man åstadkomma ett effektivt utnyttjande av sammanhållna basresurser för utbildning och forskning. Att i rådande statsfinansiella läge avstå från en sådan kostnadsfördel och i stället inrätta en helt ny, fristående enhet för tandläkarutbildning och forskning på någon annan ort bedömer jag som uteslutet.

Den andra fördelen är att en kraftig ökning av tandläkarutbildningen i Umeå bör kunna verksamt bidra till att häva den tandläkarbrist som alltjämt förekommer bl. a. i det inre av Norrland. Det finns anledning att anta att tandläkare som examineras ut vid universitetet i Umeå i större utsträckning än tandläkare från andra studieorter börjar utöva sitt yrke i norrlandslänen. Med en målmedveten planering bör denna tendens kunna förstärkas i samband med att tandläkarna börjar gå ut i den nya allmäntjänstgöringen i folktandvården fr. o. m. år 1984.

Den tredje fördelen ligger i den lokaliseringspolitiska effekten. Åtgärden kan beräknas ge Umeå ett betydande tillskott av nya sysselsättningstillfällen och utgör därmed bl. a. en ytterligare kompensation för att statens bakteriologiska laboratorium inte kom att flyttas till Umeå.

För att kompensera bortfallet av utbildningskapacitet vid en avveckling av

enheten vid Holländargatan avser jag att föreslå att regeringen uppdrar åt UHÅ att, utöver ökningen i Umeå med 40 platser, även redovisa förslag till ökad antagning inom befintliga lokaler vid tandläkarutbildningarna i Huddinge och Göteborg. Utgångspunkten bör vara en ökning med sammanlagt 20 platser om möjligt redan budgetåret 1981/82 och senast budgetåret 1982/83. En ökning dessförinnan kan möta problem med hänsyn till den extrabelastning som föranleds av att utbildning t. v. sker parallellt enligt den gamla och den nya studieordningen, den s. k. dubbelgången. I och med att effekterna av dubbelgången börjar avta bör emellertid motsvarande kapacitet kunna tas i anspråk för den ytterligare ökning av det totala antalet platser i tandläkarutbildningen som jag bedömer som erforderlig.

Jag räknar sålunda med att det inom ett par år bör vara möjligt att återställa sammanlagt 60 av de 100 platser som försvinner vid en avveckling av enheten vid Holländargatan. Vad gäller möjligheterna att tillgodose den framtida efterfrågan på tandläkare bedömer jag att en total dimensionering på 460 platser i tandläkarutbildningen kommer att vara i det närmaste likvärdig med nuvarande dimensionering genom att utbildningsplatserna i enlighet med riksdagens anvisning fördelas mellan regioner på ett sätt som stämmer bättre överens med hur bristen på tandläkare fördelar sig över landet.

Vid bifall till mina förslag i förening med en avveckling av enheten vid Holländargatan kommer en tillfällig minskning av antalet nybörjarplatser att uppstå. Det totala bortfallet under budgetåren 1980/81 och 1981/82 kan beräknas motsvara högst 80 tandläkare, vilket enligt min mening bör kunna accepteras. Förkortningen av studieordningen med en termin fr. o. m. den 1 juli 1979 medför å andra sidan att det höstterminen 1983 kommer ut 250 tandläkare fler än normalt på arbetsmarknaden.

Jag övergår nu till vissa särskilda frågor som gäller utbyggnaden i Umeå.

Såsom har framgått av min redovisning har strävan varit att åstadkomma en snabb utbyggnad och att därvid utnyttja de möjligheter som studieordningen ger att öka antagningen redan innan nybyggnaden beräknas stå färdig kring årsskiftet 1983/84. En komplikation i sammanhanget är att ökningen av utbildningsvolymen delvis sammanfaller i tiden med den s. k. dubbelgången. Detta har det dock bedömts möjligt att lösa med hjälp av vissa kortsiktiga lokaldispositioner och ombyggnadsåtgärder. Jag vill stryka under att tidsplanen för hela utbyggnaden är utomordentligt pressad. Ändringar av de grundläggande förutsättningarna torde därför inte kunna göras utan att försena färdigställandet av lokalerna och därmed intagningsökningen.

En annan nödvändig förutsättning för att kunna genomföra en så kraftig ökning av tandläkarutbildningen i Umeå är att det finns tillräckligt med patienter. Redan med den nuvarande dimensioneringen har det visat sig svårt att rekrytera patienter till vissa kliniker som för sin undervisning är beroende av ett patientunderlag av mera speciell art.

Att patientförsörjningen i Umeå hittills likväl har kunnat hållas på en i stort sett tillfredsställande nivå beror inte minst på det samarbete som har utvecklats mellan universitetet och Västerbottens läns landsting såsom huvudman för folktandvården. Avgörande för mitt ställningstagande har därför varit att landstinget enligt överenskommelsen har åtagit sig att planera och organisera tandvården inom landstingsområdet i samråd med universitetet så att patientunderlaget för tandläkarutbildningen garanteras. Enligt vad jag har inhämtat kommer åtagandet att infrias bl. a. på det sättet att en utvidgad folktandvårdsklinik samför läggs med utbildningstandvården i den planerade nybyggnaden i syfte att öka patientgenomströmningen.

Det är min förhoppning att åtgärderna föreslår för att tillfredsställa det ökade behov av patienter som en ökning med 40 utbildningsplatser för med sig. Det är viktigt att hålla i minnet att även om patientunderlaget finns så kan den enskilda patienten inte tvingas till behandling i utbildningstandvård. Särskild hänsyn måste tas till de patientgrupper som kommer i kontakt med utbildningstandvården utan att själva ha sökt sig dit. För den långsiktiga försörjningen med patienter är det framförallt i dessa fall viktigt att man i den individuella behandlingsplaneringen beaktar patientens önskemål att inte i onödan bli uppehållen i utbildningstandvård. Över huvud taget är en positiv attityd från patienternas sida och en förståelse för utbildningens krav nödvändiga för att det i framtiden skall vara möjligt att upprätthålla allsidigheten och kvaliteten i tandläkarutbildningen i landet. Mot denna bakgrund är enligt min mening en ökning med 40 platser i Umeå väl avvägd med hänsyn till behovet av en långsiktig försörjning med patienter.

Från samma utgångspunkter måste höga krav också ställas på utrustningen. Den utrustning som f. n. används i tandläkarutbildningen i Umeå är till stor del mer än tjugo år gammal. Jag förutsätter därför att en omfattande förnyelse av utrustningen sker successivt i samband med utbyggnaden. Det bör uppdras åt UHÄ att i samråd med utrustningsnämnden för universitet och högskolor samt nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande utreda utrustningsbehovet och under hösten 1980 lämna förslag till hur detta skall tillgodoses.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att den kostnadsram för ersättningsanskaffning m. m. av utrustning som årligen ställs till UHÄ:s förfogande – den s. k. UHÄ-ramen – självfallet är avsedd även för utrustning av här ifrågakommande slag. Med hänsyn till att det rör sig om en för grundläggande högskoleutbildning relativt dyrbar utrustning är det angeläget att fördelningen av UHÄ-ramen i fall som detta grundar sig på en långsiktig planering. Det stora ersättningsbehov som nu föreligger i Umeå tyder på att planeringen i viss mån har brustit härvidlag. Mot bakgrund av de särskilda krav som den förestående snabba uthyggnaden ställer kan emellertid UHÄ-ramen inte belastas med mer än en del av kostnaden. Jag räknar med att myndigheternas förslag kommer att innehålla en bedömning härvidlag. I avvaktan härpå och för att underlätta färdigställandet av

lokalerna enligt tidsplanen bör regeringen inhämta riksdagens bemyndigande att belasta förslagsanslaget Bidrag till kommunala undervisningssjukhus under femte huvudtiteln med kostnader för i första hand den fast installerade tandvårdsutrustning som bör anskaffas redan under nästa budgetår. Statsrådet Holm har i det föregående föreslagit, att sådant bemyndigande utverkas. Jag förutsätter att nämnden för undervisningssjukhusens utbyggnad lämnar förslag om utrustningen. Från nämnda anslag bestrids även de kostnader för anordnande och utrustning under år 1980 av vissa provisoriska lokaler m. m. som staten slutligt ikläder sig vid godkännande av den av förhandlingsnämnden träffade överenskommelsen. Det ankommer på regeringen att godkänna överenskommelsen.

Jag tar slutligen upp frågan om den fortsatta verksamheten vid enheten vid Holländargatan.

Det alternativ som enligt min mening bör ställas mot de förslag som jag har redovisat i det föregående är att verksamheten vid Holländargatan återupptas på i princip oförändrad nivå så snart lokalsituationen medger detta, dvs. tidigast under budgetåret 1981/82. Det finns åtminstone tre skäl för att formulera vallsituationen på detta sätt. Det första är att en fortsatt tandläkarutbildning vid Holländargatan måste ha viss omfattning – uppskattningsvis minst 60 nybörjarplatser – för att det över huvud taget skall vara försvarbart att ikläda sig de höga kostnader för en upprustning av lokalerna som erfarenhetsmässigt blir följd. Härav följer som ett andra skäl att det inte bör komma ifråga att i så fall samtidigt besluta om en kraftig ökning av kapaciteten i Umeå. Det tredje skälet är att en upprustning av Holländargatan måste ske utifrån förutsättningen att lokalerna under överskådlig tid kommer att användas för tandläkar- eller annan tandvårdsutbildning, dvs. att lösningen i praktiken blir permanent. Provisoriska anordningar går inte att förena med krav på vare sig god arbetsmiljö eller kvalitet i denna typ av utbildnings- och forskningsverksamhet. Skulle enheten vid Holländargatan komma att bibehållas måste dessutom åtgärder vidtas för att förstärka enhetens forskningsresurser, eftersom riksdagens principbeslut år 1970 om en avveckling av enheten har medfört att dessa resurser successivt har kommit att tunnas ut i jämförelse med dem vid enheten i Huddinge. En viss dubbling av de odontologiska forskningsresurserna inom karolinska institutet är i så fall ofrånkomlig.

Jag föreslår mot denna bakgrund och med hänvisning till 1970 års principbeslut att enheten vid Holländargatan nu avvecklas. Den gjorda antagningen inför innevarande vårtermin blir härigenom den sista, vilket innebär att all verksamhet vid enheten kommer att upphöra med utgången av vårterminen 1984.

Den successiva minskningen av verksamheten vid Holländargatan under de närmaste åren kommer att innebära vissa besparingar för karolinska institutet. I 1980 års budgetproposition har regeringen bl. a. hemställt om riksdagens bemyndigande att t. v. innehålla ett belopp av 250 000 kr. under

institutets delpost av anslaget Utbildning för vårdyrken för budgetåret 1980/81. Detta belopp utgör en uppskattning av den besparing som följer av att någon antagning till enheten inte sker inför höstterminen 1980. När nu enligt mina förslag någon antagning inte heller skall ske inför vårterminen 1981 uppskattar jag besparingseffekten för hela budgetåret 1980/81 till det dubbla beloppet, dvs. 500 000 kr., och föreslår således att regeringen inhämtar riksdagens bemyndigande att t. v. innehålla ytterligare 250 000 kr. under nämnda anslag. Det ankommer på UHÄ och karolinska institutet att lägga fram det underlag som behövs för att slutligt bestämma den totala besparingens storlek under de kommande budgetåren.

De behov som finns av punktinsatser i fråga om lokaler och utrustning vid Holländargatan till dess att verksamheten upphör bör kunna tillgodoses inom de allmänna ramar och bemyndiganden som i dessa avseenden har tilldelats byggnadsstyrelsen och UHÄ.

De slutliga ställningstagandena beträffande genomförandet av utbyggnaden i Umeå m. m. räknar jag med att kunna aktualisera senast i samband med 1981 års budgetproposition.

Jag hemställer att regeringen föreslår riksdagen att

1. bemyndiga regeringen att besluta att antagningen till tandläkarlinjen vid karolinska institutet avseende utbildningen vid Holländargatan skall upphöra,
2. godkänna de riktlinjer som jag har förordat beträffande planeringen av tillkommande kapacitet i tandläkarutbildningen.
3. bemyndiga regeringen att innehålla ytterligare 250 000 kr. av den under reservationsanslaget Utbildning för vårdyrken under nionde huvudtiteln för budgetåret 1980/81 uppförda anslagsposten Karolinska institutet.