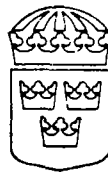


Regeringens proposition

1990/91:138

om vissa tandvårdsfrågor



Prop.
1990/91:138

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 21 mars 1991.

På regeringens vägnar

Odd Engström

Ingela Thalén

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås en ändring av behörighetsregleringen för tandhygienister och vissa tandsköterskor i syfte att uppnå en bättre överensstämmelse med den reglering som gäller för personalen inom övrig hälso- och sjukvård. Detta föreslås ske bl.a. genom att 8 § lagen (1984:542) om behörighet att övva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. upphävs. Förslag läggs också fram om att tandhygienister som genomgått fastställd utbildning för yrket eller som på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens skall kunna få legitimation för yrket. Yrkesbeteckningen legitimerad tandhygienist skall vara straffrättsligt skyddad.

Den nya regleringen föreslås träda i kraft den 1 juli 1991.

Nuvarande ordning för specialistutbildning av tandläkare som bygger på tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar föreslås ersatt av ett utbildningssystem som utgår från målbeskrivningar för resp. specialitet. Kompetensutveckling skall ske genom systematisk kursundervisning och praktisk tjänstgöring under handledning.

Den nya ordningen avses bli genomförd fr.o.m. år 1993.

Förslag läggs också fram om att enskild tandläkarverksamhet skall få bedrivas yrkesmässigt enbart av legitimerade tandläkare samt att en avgift skall få tas ut inom folktandvården när barn eller ungdomar uteblir från tandvårdsbesök. Slutligen föreslås en ändring i vissa garantibestämmelser inom tandvårdsförsäkringen samt att lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall gälla även läkemedel som legitimerade tandhygienister kan komma att få förskriva.

1 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

dels att 8 § skall upphöra att gälla,

dels att 2, 6, 9 och 10 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

2 §¹ Den som har genomgått den utbildning och i förekommande fall fullgjort den praktiska tjänstgöring som anges för ett visst yrke i nedanstående tabell skall efter ansökan få legitimation för yrket. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. Legitimation får dock inte meddelas om sådana omständigheter föreligger att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad.

Yrke	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1 Barnmorska	Barnmorskeexamen	
2 Glasögonoptiker	Godkänd utbildning för glasögonoptiker	
3 Logoped	Logopedexamen	
4 Läkare	Läkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmän-tjänstgöring)
5 Psykolog	Psykologexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring
6 Psykoterapeut	Psykoterapeutexamen	
7 Sjukgymnast	Sjukgymnastexamen	
8 Sjuksköterska	Sjuksköterskeexamen	
9 Tandläkare	Tandläkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmän-tjänstgöring)

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

¹Senaste lydelse 1989:407.

Föreslagen lydelse

2 § Den som har genomgått den utbildning och i förekommande fall fullgjort den praktiska tjänstgöring som anges för ett visst yrke i nedanstående tabell skall efter ansökan få legitimation för yrket. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. Legitimation får dock inte meddelas om sådana omständigheter föreligger att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad.

Yrke	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1 Barnmorska	Barnmorskeexamen	
2 Glasögonoptiker	Godkänd utbildning för glasögonoptiker	
3 Logoped	Logopedexamen	
4 Läkare	Läkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmän-tjänstgöring)
5 Psykolog	Psykologexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring
6 Psykoterapeut	Psykoterapeutexamen	
7 Sjukgymnast	Sjukgymnastexamen	
8 Sjuksköterska	Sjuksköterskeexamen	
9 Tandhygienist	Tandhygienistexamen	
10 Tandläkare	Tandläkarexamen	Av regeringen föreskriven praktisk tjänstgöring (allmän-tjänstgöring)

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

Bestämmelser om legitimation av personal med utländsk utbildning finns i 5 §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §

Behörig att utöva yrke som barnmorska, läkare eller tandläkare är den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva yrket. Dock får endast den som har legitimation som läkare

Behörig att utöva yrke som barnmorska, läkare eller tandläkare är den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva yrket. Dock får endast den som har legitimation som läkare

yrkesmässigt bedriva enskild läkar-
verksamhet.

eller tandläkare yrkesmässigt be-
driva enskild läkar- eller tandläkar-
verksamhet.

Prop. 1990/91:138

Särskilt förordnande enligt första stycket meddelas av socialstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av hälso- och sjukvårdsnämnd, organ som avses i 11 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller annan myndighet.

9 §²

I verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område får inte någon

1. obehörigen ge sig ut för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens, eller

2. ge sig ut för att vara legitimerad glasögonoptiker, kiropraktor, logoped, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska utan att ha legitimation för yrket.

2. ge sig ut för att vara legitimerad glasögonoptiker, kiropraktor, logoped, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska eller tandhygienist utan att ha legitimation för yrket.

10 §

Utövar läkare, vars legitimation har återkallats eller vars behörighet eljest har upphört, eller läkare, som har begränsad behörighet, obehörigen och mot ersättning läkaryrket, döms han till böter eller fängelse i högst sex månader. Till samma straff döms den som obehörigen och mot ersättning utövar tandläkaryrket.

Som obehörig utövning av tandläkaryrket anses inte den yrkesverksamhet som utövas av den som har legitimation som tandhygienist eller som har föreskriven kompetens som tandhygienist eller tandsköterska.

I lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns bestämmelser om straff för brott mot den lagen.

Den som bryter mot bestämmelserna i 9 § döms till böter.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

²Senaste lydelse 1989:407.

2 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor *enligt de bestämmelser som socialstyrelsen meddelar.*

Föreslagen lydelse

4 §

Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor *och i fråga om läkemedel som förskrivs av legitimerade tandhygienister.*

Vid beräkning av prisnedsättningen får kostnaden för födelsekontrollerande medel inte räknas samman med kostnaden för sådana läkemedel som avses i 3 §.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

Lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 §

Folktandvården skall svara för

1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år,
2. specialisttandvård för vuxna,
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstingskommunen bedömer lämplig.

Tandvård som avses i första stycket 1. skall vara avgiftsfri för patienten.

Tandvård som avses i första stycket 1. skall vara avgiftsfri för patienten. *Uppkommer kostnad med anledning av att en sådan patient uteblivit från ett avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstingskommunen bestämmer.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

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

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.
3 §²

Ersättning för tandvård utges om vården meddelas vid folk tandvårdsklinik, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg eller lämnas av tandläkare, som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning. Ersättning utges enligt grunder som regeringen efter förslag av riksförsäkringsverket fastställer för högst två år i sänder.

En vårdgivare som avses i första stycket skall vara ansluten till en försäkring, som täcker kostnaderna i särskilt angivna fall för behandlingar som behöver göras om. Regeringen meddelar föreskrifter om vilka fall kostnadsskyddet skall omfatta.

Vad som sägs i första och andra stycket gäller inte ersättning för tandvård åt försäkrad, som inte fyller minst tjugo år under det år vården inleds. Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

Vad som sägs i första stycket gäller inte ersättning för tandvård åt försäkrad, som inte fyller minst tjugo år under det år vården inleds. Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

Ersättning för oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd, som finns angiven i förteckning som fastställs av regeringen, utges enligt 2 §.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1991.

¹Lagen omtryckt 1982:120.

²Senaste lydelse 1987:265.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 mars 1991

Närvarande: statsrådet Engström, ordförande, och statsråden Hjelm-Wallén, S. Andersson, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén, Freivalds, Wallström, Lööv, Persson, Sahlin, Larsson, Åsbrink

Föredragande: statsrådet Thalén

Proposition om vissa tandvårdsfrågor

1 Inledning

1.1 Behörighetsregleringen för assisterande tandvårdspersonal

Utredningen (S 1983:01) för översyn av vissa ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården – utredningsman f.d. avdelningschefen Sven Alsén – har överlämnat betänkandet (Ds S 1986:10) Behörighetsreglering för assisterande tandvårdspersonal. Betänkandet har remissbehandlats. Till protokollet i detta ärende bör fogas dels utredningens sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*, dels en förteckning över remissinstanserna och en inom socialdepartementet gjord sammanställning av remissyttrandena som *bilaga 2*.

1.2 Tandläkarnas specialistutbildning

1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning (TSU 89) har överlämnat rapporten (Ds 1990:48) Specialisttandvården i framtiden. Rapporten har remissbehandlats. Till protokollet i detta ärende bör fogas dels utredningens sammanfattning av rapporten som *bilaga 3*, dels en förteckning över remissinstanserna och en inom socialdepartementet gjord sammanställning av remissyttrandena som *bilaga 4*.

Jag avser nu att ta upp vissa principiella frågor om tandläkares specialistutbildning efter tandläkarexamen som behandlas i utredningens rapport.

1.3 Övriga frågor

Socialstyrelsen har i en framställning begärt en ändring så att enbart legitimerade tandläkare skall få bedriva yrkesmässig enskild tandläkarverksamhet. Framställningen, som behandlas i avsnitt 5, bör fogas till protokollet som *bilaga 5*.

I avsnitt 5 behandlas vidare två frågor om avgifter inom folktandvården som väckts av landstinget i Södermanlands län. Landstingets framställning bör fogas till protokollet som *bilaga 6*.

2 Allmän motivering

2.1 Bakgrund

Behörighetslagstiftningen

Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Grundläggande regler om tandvård finns i tandvårdslagen (1985:125). På tandvårdens område finns vissa begränsningar i den yrkes- och etableringsfrihet som annars vanligen gäller i Sverige. Dessa begränsningar anges främst i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (den s.k. behörighetslagen). I denna lag finns bestämmelser för hälso- och sjukvården, tandvården och detaljhandeln med läkemedel vad gäller kompetensbevis (t.ex. legitimation), behörighetskrav för att utöva yrke samt skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning. För tandvården innebär dessa bestämmelser bl.a. att endast den som är legitimerad tandläkare eller som särskilt förordnats att utöva yrket är behörig att arbeta som tandläkare. Behörig att biträda en tandläkare i dennes yrkesutövning är den som har föreskriven kompetens som tandhygienist eller tandsköterska.

I sitt betänkande (SOU 1983:33) Kompetens inom hälso- och sjukvården konstaterade 1981 års behörighetskommitté att behörighetsregleringen och principerna för ansvarsfördelningen inom tandvården avsevärt skilde sig från vad som gällde inom hälso- och sjukvården i övrigt. Kommittén pekade också på vissa formella oklarheter i regelsystemet (s. 67 ff. och 171 ff. i betänkandet). Kommittén ansåg det emellertid inte möjligt att, inom de ramar som gällde för dess arbete, göra de analyser som behövdes för att bedöma om förhållandena inom tandvården var så speciella att särlösningar av den formella regleringen var motiverade. Kommittén föreslog att frågan skulle utredas i särskild ordning.

I propositionen (1983/84:179) om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. konstaterades att tandhygienister och vissa tandsköterskor hade en form av ensamrätt att utöva sin verksamhet och att behörighetsregleringen inom tandvården skilde sig från vad som gällde för hälso- och sjukvården i övrigt. Det föredragande statsrådet

framhöll att strävan måste vara att få till stånd en så enhetlig reglering som möjligt på detta område och anförde att starka skäl talar för att den gällande regleringen av tandvårdspersonalen ses över i detta hänseende.

Också i propositionen (1984/85:79) med förslag till tandvårdslag m.m. berördes frågor om behörighetsreglerna inom tandvården. Föredragande statsrådet anförde att arbets- och ansvarsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården borde utredas i syfte att undersöka förutsättningarna för att ge tandhygienisten en sådan självständig ställning i vården att tandhygienisten i viss utsträckning kan svara för regelbundna tandvårdsbesök. Som motivering för detta angavs bl.a. att det var väsentligt att alla patienter fick del av en med hänsyn till individuella behov väl avvägd profylaktisk (förebyggande) vård. Det var också viktigt att denna vård gavs under så samhällsekonomiskt effektiva former som möjligt.

Utredningen för översyn av vissa ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården (ÖVA) fick den 29 augusti 1985 i tilläggsuppdrag att se över vissa bestämmelser i behörighetsregleringen för tandvården. Utredningen betecknade sig i denna del av sitt uppdrag T-ÖVA. Enligt uppdraget skulle strävan vara att få till stånd en så enhetlig reglering som möjligt när det gällde behörighetsfrågor för hälso- och sjukvårdspersonalen. Som jag tidigare nämnt har utredningen redovisat sina förslag i betänkandet (Ds S 1986:10) Behörighetsreglering för assisterande tandvårdspersonal.

Uppdraget att närmare utreda förutsättningarna för att tandhygienisterna i viss utsträckning själva skall kunna svara för regelbundna tandvårdsbesök lämnades till socialstyrelsen. Styrelsen har redovisat uppdraget till regeringen i rapporten (Ds 1988:30) Tandhygienisten i framtidens tandvård.

Den nuvarande tandhygienistutbildningen ingår i den kommunala högskoleutbildningen och omfattar 40 poäng (ett läsår), varav hälften utgörs av praktik. För tillträde till utbildningen krävs enligt nu gällande regler att den sökande med godkänt resultat har genomgått utbildning till tand-sköterska. Utbildningens innehåll regleras genom en utbildningsplan fastställd av universitets- och högskoleämbetet (UHÄ).

I Jönköpings, Kristianstads, Malmöhus, Örebro och Västerbottens läns landsting har fr.o.m. hösten 1988 anordnats en försöksverksamhet med tvåårig tandhygienistutbildning. Utbildningen skall enligt UHÄs föreskrifter ge sådana kunskaper att tandhygienisten kan svara för regelbundna kontroller av patienter som remitterats för detta från tandläkare. Den skall också ge sådana kunskaper att tandhygienisten kan urskilja och till tandläkare hänvisa patienter med sådana orala sjukdomstillstånd som kräver vård utöver den som tandhygienisten kan erbjuda. I samråd med tandläkaren skall tandhygienisten kunna upprätta en terapiplan och göra en prognosbedömning av profylaktisk behandling. Tandhygienisterna skall också efter genomgången utbildning kunna utvärdera insatta åtgärder inom sitt arbetsområde. Försöksutbildningen har byggt på allmän behörighet. Det har krävts slutförd lärokurs från tvåårig social linje eller treårig linje i gymnasieskolan. Även examinerade från vårdlinjen och tandsköterskelinjerna har varit behöriga om de har engelska som tillvalsämne.

Utbildningen har numera utvärderats i UHÄ:s rapport (1990:7) Tvåårig utbildning till tandhygienist – Utvärdering av ett försök. Rapporten utvisar att det råder en genomgående positiv uppfattning om den försöksvisa tvååriga utbildningen från de ansvariga skolorna. Bl.a. konstateras i rapporten att innehållet i utbildningen av naturliga skäl har kunnat fördjupas med den längre utbildningstiden. Särskilt inom de centrala ämnesområdena kariologi och parodontologi bedöms kunskaperna ha blivit av en högre kvalitet. Enligt rapporten får särskild vikt tillmätas den i stort sett samstämmiga bedömningen att de studerande uppnått en högre grad av klinisk mognad, större självständighet och är mera initiativtagande. De nya behörighetskraven har medfört en brytning med den traditionella rekryteringen via tandsköterskeyrket, dvs. eleverna rekryterades från grupper som inte hade erfarenhet av tandvårdspraktik.

Utredningen (U 1988:02) om översyn av tandvårdsutbildningarna fick i uppdrag att se över olika tandvårdsutbildningar inom högskolans och gymnasieskolans område. Utredningen har presenterat sina förslag i betänkandet (SOU 1989:28) Utbildningar för framtidens tandvård. Utredningen föreslår att en ny personalkategori införs, legitimerad tandsköterska, vars arbetsuppgifter sammanfaller med de nuvarande för både tandsköterska och tandhygienist. Utredningen föreslår att utbildningen skall omfatta två års studier omfattande 80 studieveckor (80 poäng) och att den skall innehålla 6 månaders allmäntjänstgöring.

Utbildningen skall enligt förslagen innehålla prekliniska kurser i biologiska ämnen, i tekniska ämnen och i beteendevetenskapliga ämnen. De prekliniska ämnena skall omfatta två terminers studier. De kliniska ämnena syftar dels till självständigt vårdarbete och dels till assistans av tandläkare och skall enligt förslagen omfatta två terminers studier. Utbildningen i eget vårdarbete skall innehålla undervisning i de kliniska moment som ingår i tandhygienistutbildningen. Detta innebär bl.a. att eleverna undervisas i medikamentell behandling (fluor i olika former) av karies samt behandling av tandlossningssjukdom. Betänkandet har remissbehandlats.

Chefen för utbildningsdepartementet har vid sin anmälan av utbildningshuvudtiteln i budgetpropositionen för budgetåret 1991/92 konstaterat att tandhygienistlinjen bör förlängas från 40 till 80 poäng den 1 juli 1992. Den förlängda utbildningen skall i princip baseras på den av UHÄ utvärderade försöksutbildningen. Denna utbildning stämmer till sitt innehåll i princip med den postgymnasiala 80 poängs-utbildning som föreslagits av utredningen om översyn av tandvårdsutbildningarna m.m. Utbildning i assistans skall kunna ingå för dem som saknar sådan utbildning eller erfarenhet. Tandsköterskeutbildningen samt de påbyggnadskurser som bedrivs i anslutning till den inom gymnasieskolan överflyttas fr.o.m. budgetåret 1992/93 till den kommunala delen av högskolan som en del av utbudet inom ramen för lokala linjer och fristående kurser. Dessa medel kan bl.a. utnyttjas för kompletterande utbildning av tandsköterskor.

Vid utgången av år 1986 fanns enligt beräkningar (Ds 1988:30) ungefär 1 830 tandhygienister i Sverige. Av dessa beräknades 90 – 95 % vara

yrkesverksamma. Omkring hälften av tandhygienisterna var anställda inom folktandvården. Övriga var verksamma inom privattandvården eller vid odontologisk fakultet eller tandhygienistskola.

Specialistutbildningen

Enligt den tidigare nämnda behörighetslagen ankommer det på regeringen eller – efter regeringens bemyndigande – socialstyrelsen att meddela föreskrifter om den vidareutbildning som krävs för att en tandläkare skall få specialistkompetens och därmed få för allmänheten tillkännage att han är specialist, dvs. äger särskild kunnighet inom viss gren av tandläkaryrket. Det är en uppgift för regeringen att bestämma vilka specialiteter som skall finnas. Sådana föreskrifter finns i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetsförordningen).

För närvarande finns sju specialiteter inom tandvården: barntandvård, tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar, rotbehandling, oralprotetik och odontologisk röntgendiagnostik.

Enligt tandvårdslagen skall landstingen, genom folktandvården, svara för bl.a. specialisttandvården för den vuxna befolkningen. Vårdansvaret är enligt propositionen (1984/85:79) med förslag till tandvårdslag m.m. inte absolut utan liksom beträffande annan vård, t.ex. egentlig hälso- och sjukvård, beror vårdansvarets omfattning på de vårdresurser som kan ställas till förfogande och på vilken specialisttandvård som är rimlig med hänsyn till utvecklingen på området inom landet. Samtliga sju specialiteter finns inte heller representerade inom folktandvården i samtliga huvudmannaområden.

Befolkningsunderlaget i vissa landsting är i vissa fall för litet för att huvudmännen var för sig skall svara för alla slag av specialisttandvård. Det är enligt propositionen om tandvårdslagen lämpligt att huvudmännen i samverkan organiserar specialisttandvården på samma sätt som inom hälso- och sjukvården i övrigt. Det förutsattes i propositionen att landstingen själva fann formerna för denna samverkan.

Specialisttandläkaren utför mer komplicerade arbeten efter remiss från folktandvårdens distriktsvård och privatpraktiserande tandläkare. En annan väsentlig uppgift för specialisttandläkarna är att vara konsulter åt samt att utbilda tandläkarna inom allmäntandvården. Specialisttandläkarna bedriver också kliniskt utvecklingsarbete.

Totalt fanns det i maj 1989 765 yrkesverksamma specialister. Ca 1/3 av specialisterna fanns inom specialiteten tandreglering. Antalet yrkesverksamma specialister utgjorde ca 8 % av samtliga yrkesverksamma tandläkare.

Specialistutbildning bedrivs i dag av landstingen i Jönköpings, Örebro och Stockholms län. Landstinget i Östergötlands län planerar att påbörja specialistutbildning hösten 1991. Vidare bedrivs specialistutbildning av tandvårdshuvudmännen i Göteborgs kommun och Västerbottens län samt vid de odontologiska fakulteterna i samband med grundutbildningen av

tandläkare i Stockholm och Malmö. Såväl i Jönköping som i Örebro bedrivs undervisningen efter systematiserade utbildningsprogram.

Utbildningsplatserna kan sökas från hela landet av tandläkare inom såväl folktandvården som privattandvården. Landstingsförbundet har utarbetat ett system för interkommunal ersättning vid specialistutbildning av tandläkare samt beslutat rekommendera huvudmännen att tillämpa angivna regler och belopp för interkommunal ersättning vid sådan specialistutbildning (Dnr Lf 496/89). Ersättningen avser att kompensera utbildningsanordnaren för dennes kostnader för den aktuella utbildningens teoretiska del. Ersättningen per tandläkare och år uppgår för närvarande till ca 100 000 kr.

Behov av utbildningsplatser inom specialistutbildningen (Ds 1990:48)

Specialitet	Tandläkare under utbildning dec 1985	Beräknat behov av utbildningsplatser fr.o.m. 1989
Barntandvård	27	15-18
Tandreglering	25	30-35
Tandlossningssjukdomar	21	25-29
Tandsystemets kirurgiska sjukdomar	25	30-35
Rotbehandling	15	10-12
Protetik	26	20-24
Odontologisk röntgendiagnostik	17	7-9
Summa	156	137-162

Riksdagen fattade år 1978 beslut om att en ny specialistutbildning för tandläkare skulle genomföras (prop. 1978/79:41, UbU23, rskr. 205). Den skulle enligt riksdagsbeslutet innefatta dels tjänstgöring, dels systematisk kursundervisning. Den nya specialistutbildningen skulle enligt beslutet införas när huvudmannaskapet för den tandvård som bedrivs i anslutning till den odontologiska utbildningen och forskningen hade förts över till tandvårdshuvudmännen.

För närvarande har tandvården vid universiteten i Umeå resp. Göteborg överförs till kommunalt huvudmannaskap. Förhandlingar pågår om en motsvarande överföring av tandvården vid universitetet i Lund. Vidare utreds förutsättningarna för en kommunalisering av tandvården vid Karolinska institutet i Stockholm i samband med att systemet för ersättning till tandvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med odontologisk utbildning och forskning ses över (Dir. 1990:63). I samma uppdrag ingår att lämna förslag till organisation för tjänster som utnyttjas för klinisk odontologisk utbildning och forskning inom högskolan. Uppdraget skall i dessa delar redovisas senast den 1 september 1991.

I budgetpropositionen för budgetåret 1991/92, bilaga 7, föreslås att medel beräknas under anslaget E 17. Specialistutbildning av läkare m.m. för vissa kurser inom medicinska ämnen för specialistutbildning för tandläkare.

Riksdagen har år 1989 beslutat om riktlinjer för specialiseringstjänstgöringen för läkare (prop. 1988/89:138, 1989/90:SoU9, rskr. 16). Hit-tillsvarande ordning för specialistutbildning av läkare som bygger på tids-mässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar skall fr.o.m. år 1992 ersättas av ett utbildningssystem som utgår från målbeskrivningar för respektive specialitet. I målbeskrivningarna skall anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillägnat sig för att han skall anses ha uppnått specialistkompetens.

Inom de europeiska gemenskaperna (EG) är för närvarande två specialiteter erkända, ortodonti och oral kirurgi (78/686 EEG och 78/687 EEG). Kraven på specialistutbildningen är bl.a. följande:

- o Utbildningen skall omfatta såväl teoretisk som praktisk undervisning.
- o Utbildningen förutsätter minst fem års studier med teoretisk och praktisk undervisning på heltidsbasis (grundutbildning för tandläkare).
- o Utbildningen skall omfatta minst tre års heltidstjänstgöring under tillsyn av ansvariga myndigheter eller organ.
- o Utbildning på deltid kan medges under vissa förhållanden.
- o Utbildningen skall äga rum på ett universitet, på en vård-, undervisnings- eller forskningsinstitution, eller på annan institution inom hälso- och sjukvårdsområdet som är godkänd för detta ändamål av de ansvariga myndigheterna eller organen.
- o Den som genomgår specialistutbildning måste aktivt delta i och ha ansvar inom utbildningsinstitutionens verksamhet.

Medlemsstaterna skall utse de myndigheter eller organ som är behöriga att utfärda kompetensbevis.

Övriga tandvårdsfrågor

Allmäntjänstgöringen för tandläkare avslutas med ett sammanhållet AT-prov i slutet av tjänstgöringsperioden. Ansvar för utformningen och organisationen av kunskapsproven skall övergå till högskolemyndigheterna fr.o.m. den 1 juli 1991 (prop. 1990/91:100, bil.10 s. 145). Utformningen av kunskapskontrollen förutsätts ske i nära samverkan mellan utbildningsmyndigheterna och huvudmännen för folktandvården samt socialstyrelsen.

2.2 Allmänna utgångspunkter

WHO (Världshälsoorganisationen) har under hösten 1990 publicerat en rapport som berör den framtida utvecklingen av tandvården (Educational imperatives for oral health personnel: change or decay?) I den konstateras att de strategier för vårdens utveckling som WHO stödjer förutsätter en jämlik fördelning av serviceutbudet, effektiv resursallokering, implementering av forskningsresultat och ny teknologi med minsta möjliga fördröjning och ett gensvar på ändrade behov från en allt mer kunnig allmänhet.

WHO:s experter drar den slutsatsen att förändringarna av behoven inom tandvården måste få konsekvenser när det gäller organisationen och

ersättningssystemen inom tandvården. Eftersom den nivå i tandvården som beskrivs som "mellanteknologisk" kommer att minska i omfattning bör man uppmantra allmäntandläkarna att ta över uppgifter som tidigare utförts av specialister och skaffa sig erforderlig utbildning för detta. Det är enligt WHO inte önskvärt att allmäntandläkarna övergår till "låg-teknologi"-metoder och börjar utföra arbetsuppgifter för vilka deras utbildning och erfarenheter gör dem överkvalificerade. För att undvika ett ekonomiskt tryck att ge onödigt behandling bör ersättningssystemen konstrueras så att tandläkaren inte måste visa att åtgärder har blivit utförda för att få ersättning.

WHO:s experter konstaterar även att det över hela världen finns inom alla länder – oavsett utvecklingsgrad – en obalans i fördelningen av tillgängliga resurser som är oacceptabel. I en mycket nära framtid kommer långsiktiga strategier för att kunna genomföra mer genomgripande förändringar att bli nödvändiga. Det måste finnas en struktur som gör förändringar möjliga och skapar det nödvändiga utrymmet för utveckling.

Tandhälsan i Sverige har för både barn och vuxna förbättrats dramatiskt. Patienterna kommer i framtiden även i högre åldrar att ha ett stort antal egna tänder. Detta påverkar såväl vårdbehovet som inriktningen av vårdarbetet.

För att få en ökad kunskap om tandhälsosituationen för olika befolkningsgrupper i Sverige kommer Odontologiska institutionen i Jönköping på uppdrag av socialdepartementet att under våren 1991 anordna en konsensuskonferens.

Av rapporten Specialisttandvården i framtiden framgår att det inte finns någon enhetlig bild av hur framtidens tandvård kommer att gestalta sig. Det finns dock enligt rapporten en samstämmighet om att vårdbehovet kommer att förändras kraftigt både när det gäller omfattning och sammansättning. Det finns en enighet om att det behövs en mer effektiv profylax framför allt för att förhindra karies. Omfattningen av behandlingar inom ämnesområden som kirurgi, rotbehandling, tandlossning och protetik förväntas enligt rapporten komma att minska påtagligt.

Det står också klart att, trots den förbättrade tandhälsan för de flesta medborgare, en liten grupp patienter, oavsett ålder, även i fortsättningen kommer att uppvisa omfattande och komplicerade tandvårdsbehov som kräver bl.a. specialistinsatser.

Företrädare för de handikappade framhåller t.ex. i sina remissyttranden att det för handikappade finns ett omfattande latent behov av tandvård. Man blir allt mer medveten om att en god tandhälsa är en del av en god livskvalitet. Liksom för den stora allmänheten kommer handikappade människors ökade kunskap, medvetenhet – och inte minst estetiska krav – att medföra en efterfrågan av sådana insatser av olika slag, som ligger inom möjlighetens ram för andra människor. Dessa insatser bedöms för vissa "smala" handikappgrupper behöva ske inom specialisttandvårdens ram. Tandvård för handikappade handlar dock enligt företrädarna inte bara om specialistkompetens inom det orala området utan även om fördjupad handikappkunskap och erfarenhet att möta och bemästra svårt

handikappades särskilda behov med hänsynstagande till deras totala handikappsituation.

Olika förhållanden utanför tandvårdssystemet kan få återverkningar för organisationen och dimensioneringen av tandvårdsinsatserna. Regeringen konstaterar sålunda i budgetpropositionen 1991 att det framöver kommer att vara nödvändigt att föra en stram finanspolitik med direkta besparingar och omprioriteringar för att tillgodose nya behov. De offentliga verksamheterna måste anpassas till lokala förhållanden och enskilda medborgares behov och önskemål. Utgångspunkten för omprövningarna måste vara att kärnan i den offentliga sektorn i första hand skall värnas, bl.a. vården, vilket inte hindrar att förändringar och effektiviseringar måste ske även inom dessa områden.

Byråkrati och detaljstyrning av verksamheterna måste enligt budgetpropositionen minska. Beslut och ansvar måste delegeras till den personal som arbetar närmast användarna av olika verksamheter. Medborgarnas möjlighet att välja mellan olika alternativ måste öka.

Tandvården befinner sig för närvarande i ett intensivt utvecklings- och förnyelsearbete. Ansvaret för att utveckla verksamheten ligger på vårdgivarna i offentlig och privat regi. Tandvårdshuvudmännen har de senaste åren diskuterat och genomfört betydande ändringar av struktur, organisation och ekonomiadministrativa system. Socialstyrelsen skall framöver i första hand koncentrera sina insatser kring tillsyn, uppföljning och utvärdering av bl.a. olika vårdverksamheter. Styrelsens grundläggande uppgift är bl.a. att bedöma om de mål som finns uppfylls och hur effektiv verksamheten är.

Jag har i budgetpropositionen för budgetåret 1991/92 (bil.7 s. 58 ff) kommenterat utgiftsutvecklingen inom den svenska tandvården. Jag har i det sammanhanget även redovisat vissa riktlinjer för försöksverksamheter inom tandvården. Syftet är att nå en jämnare och befolkningsrelaterad resursfördelning och en bättre hushållning med resurserna. Försöksverksamheterna innebär en decentralisering av ansvaret från central statlig nivå till lokal nivå samt en möjlighet till ökad avreglering.

För en uppnå en bättre resurshushållning inom tandvården är en objektiv och systematisk utvärdering av olika metoder för diagnostik och behandling ett viktigt styrmedel. Utvärderingen bör ske i sådana former att den ger en bredare kunskap om tandvårdens förutsättningar och effekter. Den bör innehålla en analys av de odontologiska riskerna och nyttan med olika metoder men även bidra till en analys av sociala, ekonomiska, organisatoriska och samhällsekonomiska effekter.

Tandvårdshuvudmännen bör mot bakgrund av sitt ansvar för kontroll, uppföljning och utvärdering av verksamheten utveckla utvärderingskompetensen inom landstingen. Genom en väl utvecklad utvärderingskompetens lokalt kan utvärderingsresultaten få genomslag i den praktiska tandvården.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) är ett organ för nationell organisationsövergripande samordning av utvärdering av medicinsk metodik. SBU:s huvuduppgift är att sammanställa existerande

rande kunskap om olika medicinska metoders värde ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. SBU har även utvärderat metoder inom det odontologiska området i en studie benämnd Benförankrade implantat inom huvud- och halsregionen.

S.k. konsensuskonferenser har utnyttjats som ett medel för att sprida kunskap om olika utvärderingsresultat. Det har visat sig genom olika studier att om det faktiska kliniska handlandet skall påverkas krävs att tidpunkten är rätt, att uttalandena är slagkraftiga och att den vetenskapliga grunden är fast. Vidare måste budskapet spridas genom sedvanliga vetenskapliga kanaler, dvs. bl.a. specialistföreningar och vetenskapliga tidskrifter. Det har också visat sig att konsensusuttalandena har förbättrat politikernas och administratörernas kunskap om den aktuella teknologin och på så sätt underlättat kommunikationen mellan olika beslutsfattare.

En ändrad behörighetslagstiftning och en reformerad uppläggnings av tandläkarnas specialistutbildning skall ses som en del av en samlad strategi för tandvårdens utveckling mot den skisserade bakgrunden. Genom en ökad delegering av arbetsuppgifter till andra personalgrupper än tandläkare kan verksamheten bedrivas på ett mer resursbesparande sätt. Genom att öka kompetensen hos olika personalgrupper, såväl genom olika utbildningsinsatser som ett utvidgat kliniskt arbete, blir arbetet mer stimulerande och meningsfullt för alla. En vidareutveckling av kunskaperna ger också en ökad flexibilitet inför kraven på ändrade arbetssätt och behandlingsformer. Den framtida vården kan på så sätt anpassas såväl till sin struktur som innehåll till nya behov. Nyckelorden blir kreativitet och flexibilitet.

3 Behörighetsregleringen för tandhygienister och tandsköterskor

3.1 Utgångspunkter

I socialstyrelsens rapport om Tandhygienisten i framtidens tandvård föreslås att tandhygienisterna ges möjlighet att självständigt ställa diagnos och bedöma sjukdomsutvecklingen för regelbundna tandvårdsbesökare. Hygienisten bör enligt rapporten ansvara för att upptäcka och diagnostisera eventuella nya sjukdomstecken och skador. Tandhygienisten bör vidare ansvara för utvärdering av tidigare insatt behandling och profylax samt ta ställning till vad som behöver göras inom det egna kompetensområdet och vad som fordrar tandläkares bedömning.

Enligt rapporten bör i större utsträckning än hittills tandläkare och tandhygienist samverka vid diagnostik, terapiplanering och prognosbedömning, särskilt för s.k. saneringspatienter (patienter som inte har gått i regelbundna hälsokontroller). I rapporten konstateras att det är en stor fördel, om i varje fall patienter med ett stort vårdbehov blir föremål för terapiplanering, där varje behandlares kliniska erfarenheter kan tas till-

vara samtidigt som diagnostiken baseras på flera personers observationer.

Tandläkaren och tandhygienisten bör tillsammans bedöma när en patient kan gå över till regelbundna tandvårdsbesök enbart hos tandhygienist. Förslagen innebär enligt rapporten att de svenska tandhygienisterna får samma kompetens som tandhygienister i Danmark och Norge när det gäller undersökning och diagnostik.

Av rapporten framgår att flera försöksverksamheter där tandhygienister fått ett ändrat arbetssätt pågår eller planeras såväl i folktandvården som privattandvården. En utvärdering av 15 års försöksverksamhet i Karlstad vid en privattandläkarmottagning visar t.ex. mycket goda tandhålsresultat. Försöken visar praktiskt taget ingen vidareutveckling av tandlossningen samt som mest 0,1 ny kariesskadad tandyta per individ och år. Patienterna har kallats med behovsprövade intervaller. Antalet besök hos tandhygienist har varit 1 - 4 per år och hos tandläkare 2 - 4 under en nioårsperiod.

Av socialstyrelsens rapport Specialisttandvården i framtiden framgår att tandhygienisterna redan har en viktig roll inom specialisttandvården.

Tandsköterskor med särskilda kliniska arbetsuppgifter inom specialisttandvården finns framför allt inom tandregleringsverksamheten. Vissa landsting har en särskild utbildning till s.k. ortodontiassistenter. Även vid vissa specialistkliniker för oralprotetik utför tandsköterskor olika kliniska arbetsuppgifter. Samma utveckling har ägt rum även inom andra specialiteter som pedodonti, parodontologi, oral kirurgi och odontologisk röntgendiagnostik.

Enligt rapporten bör ytterligare uppgifter kunna delegeras. Eventuellt behövs ytterligare utbildning för dessa uppgifter.

Den tidigare nämnda utredningen om översyn av tandvårdsutbildningarna m.m. har i sitt betänkande Utbildningar för framtidens tandvård diskuterat det framtida behovet av tandvårdspersonal. Utredningen har förutsatt att det skall finnas tre olika personalkategorier som utredningen benämner legitimerad tandsköterska, allmäntandläkare och specialisttandläkare. Den legitimerade tandsköterskan förutsätts ha en stor andel självständigt arbete. Utredningen föreslår att en framtida tandvårdsutbildning inrättas inom den kommunala högskolan och omfattar två års studier eller 80 poäng. Tandvårdshuvudmännen har tillstyrkt utredningens förslag.

Jag har i avsnitt 2.1 konstaterat att tandhygienistlinjen i budgetpropositionen för budgetåret 1991/92, utbildningshuvudtiteln, föreslås förlängd från 40 till 80 poäng fr.o.m. den 1 juli 1992.

Den nya tandvårdslinjen inom den kommunala högskolan förutsätts innehålla en bred allmän basutbildning inom tandvården. En yrkeskategori med denna utbildning kan utföra varierade arbetsuppgifter, vilket ger en omväxling i arbetssituationen och en flexibilitet i vårdorganisationen. Genom en sådan uppläggning av arbetet undviks lättare olika former av arbetsskador. Vårdgivaren avgör självfallet vilken sammansättning av olika personalkategorier som är lämplig, bl.a. med hänsyn till lokala förhållanden, men den nya yrkeskategorien ger förutsättningar för en

sammansättning av arbetslaget/tandvårdsteamet på det sätt som skisserades i betänkandet Utbildningar för framtidens tandvård.

Det hade varit önskvärt att finna en ny benämning på denna yrkeskategori för att markera att arbetsområdet innehåller uppgifter som i dag utförs av såväl tandhygienister som tandsköterskor. Tills vidare föreslås dock yrkesbenämningen tandhygienist. I den mån den nya tandvårdslinjen kompletteras med ytterligare utbildning inom ett visst odontologiskt ämnesområde kan det bli aktuellt för huvudmannen att använda andra yrkesbenämningar som markerar den speciella inriktningen.

Jag har under tidigare avsnitt (2.1) konstaterat att medel framöver kommer att finnas tillgängliga inom den kommunala högskolan även för kompletterande utbildning av nuvarande tandsköterskor till en högre kompetens.

Det förebyggande arbetet inom tandvården kommer att få allt större betydelse. Tandhygienister och tandsköterskor kommer med denna utveckling att få en självständigare roll och utvidgade och mer omfattande arbetsuppgifter.

Det är viktigt att de olika personalgrupperna inom tandvården samarbetar och har en gemensam syn på diagnostik, terapiplanering och prognosbedömning av patienterna. Detta innebär att de bör arbeta inom ramen för en gemensam vårdorganisation, antingen inom folktandvården eller i enskild regi. Även flexibiliteten i organisationen ökar genom en sammanhållen organisation.

3.2 Delegering efter reell kompetens m.m.

Mitt förslag: Bestämmelserna i 8 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. som gäller behörighet för att få biträda en tandläkare i dennes yrkesutövning upphävs. Som obehörig utövning av tandläkaryrket skall inte anses den yrkesverksamhet som utövas av legitimerade tandhygienister eller av tandhygienister eller tandsköterskor som har föreskriven kompetens.

Utredningens förslag: Överensstämmer med mitt förslag. Utredningen har dock inte lämnat något förslag såvitt gäller frågan om straff för obehörig utövning av tandläkaryrket.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser tillstyrker utredningens förslag. Sveriges tandhygienistförening uttalar dock att föreningen kan acceptera att 8 § behörighetslagen upphävs endast under förutsättning att gruppen tandhygienister legitimeras, eftersom ensamrätten till yrket försvinner genom att stadgandet upphävs. Ingen av remissinstanserna har tagit upp frågan om straffbestämmelsen som riktar sig mot obehörig utövning av tandläkaryrket.

Skälen för mitt förslag: Enligt 8 § behörighetslagen är den behörig att biträda en tandläkare i dennes yrkesutövning som har föreskriven kompetens som tandhygienist eller tandsköterska. T-ÖVA konstaterade i sin tidigare omnämnda rapport (Ds S 1986:10) Behörighetsreglering för assisterande tandvårdspersonal att tandhygienister och tandsköterskor har en hårdare formell bindning till tandläkaren som chef och arbetsledare och en lägre grad av självständighet i yrkesutövningen än vad som gäller i förhållandet mellan läkare och andra yrkesgrupper inom den övriga hälso- och sjukvården. T-ÖVA har inte kunnat finna någon annan anledning till skillnaderna mellan tandvården och hälso- och sjukvården i övrigt än rent historiska skäl.

T-ÖVA föreslår mot denna bakgrund att 8 § behörighetslagen upphävs. Tandhygienister och tandsköterskor får genom denna förändring – menar T-ÖVA – en egen yrkesidentitet på samma sätt som yrkesgrupperna inom övrig hälso- och sjukvård.

Jag delar utredningens uppfattning att 8 § behörighetslagen bör utgå. Detta medför en bättre överensstämmelse av behörighetsregleringen för tandvårdspersonalen med den som gäller för personalen inom den övriga hälso- och sjukvården. Jag återkommer senare till frågan om legitimation för tandhygienister.

T-ÖVA konstaterar vidare att inom hälso- och sjukvården i övrigt gäller, att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen utan ytterligare bedömning förutsätts kunna fullgöra de sjukvårdsuppgifter som ligger inom området för hans/hennes formella kompetens. Utöver detta kan han eller hon genom delegering tilldelas uppgifter som den praktiska yrkesutövningen gett reell kompetens för.

Delegering enligt 8 § behörighetslagen av tandläkaruppgifter till tandhygienister och tandsköterskor innebär inte någon sådan individuell prövning av den biträdandes reella kompetens utan är generell, eftersom utbildningen anses ge sådan kompetens. När 8 § behörighetslagen upphävs kan såsom inom hälso- och sjukvården i övrigt en individuell delegering ske även av arbetsuppgifter som tandhygienisten eller tandsköterskan har fått en reell kompetens för genom sin praktiska yrkesutövning. Genom denna förändring skapas bättre förutsättningar för den enskilda tandhygienisten eller tandsköterskan att få utvidgade, mer sammansatta och utvecklande arbetsuppgifter samtidigt som tandvårdspersonalens kompetens och kunskaper utnyttjas bättre.

En fråga som måste uppmärksammas i samband med diskussionen om tandhygienisternas och tandsköterskornas framtida yrkesverksamhet är betydelsen av den särskilda straffbestämmelsen mot obehörig utövning av tandläkaryrket.

Enligt utredningens redovisning av gällande rätt (s. 86) finns inte något i lagtext direkt uttryckt förbud för den som saknar erforderlig behörighet att utöva yrke som bl.a. tandläkare eller läkare. Utredningen tillägger att tandläkare och läkare, vars legitimation återkallats eller eljest upphört och som obehörigen och mot ersättning utövar tandläkar- resp. läkaryrket dock skall jämlikt 10 § behörighetslagen dömas till böter eller fängelse i

högst sex månader. Enligt T-ÖVA finns det för andra som obehörigen utövar yrke som omfattas av bestämmelsen i 6 § behörighetslagen inga straffbestämmelser.

För egen del vill jag peka på den skillnad som gällande rätt innebär när det gäller obehörig utövning av tandläkar- resp. läkaryrket. Av 6 § behörighetslagen följer bl.a. att den är behörig att utöva yrke som läkare eller tandläkare som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva yrket. I verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område får inte heller någon obehörigen ge sig ut för att vara bl.a. läkare eller tandläkare eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens (9 § behörighetslagen). I dessa avseenden görs inte åtskillnad mellan de båda yrkena.

Den skillnad mellan tandläkar- resp. läkaryrket som nyss nämndes framgår av bestämmelserna i 10 § behörighetslagen jämfört med lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s.k. kvacksalverilagen). I 10 § behörighetslagen är straffbelagt bl.a. att obehörigen och mot ersättning utöva läkar- resp. tandläkaryrket. Med tandläkarverksamhet avses enligt praxis arbete i patientens mun eller på patienten. Straffbestämmelsen såvitt gäller läkaryrket riktar sig endast mot läkare vars legitimation återkallats eller vars behörighet eljest upphört eller som har begränsad behörighet. Den som varken är eller varit behörig att utöva läkaryrket men likväl utövar det drabbas inte av straff för sin yrkesutövning i och för sig. Han eller hon blir däremot underkastad de begränsningar och straffbud som gäller enligt kvacksalverilagen (jämför lagrådets uttalanden i prop. 1983/84:179 s. 46). Motsvarande gäller däremot inte otvetydigt för tandläkaryrket. Bestämmelsen i 10 § behörighetslagen innebär nämligen att själva utövandet av tandläkaryrket mot ersättning har förbudits för andra än behöriga tandläkare. (De särskilda frågor som gäller läkares behörighet på tandvårdsområdet behandlas inte i detta sammanhang.)

Bestämmelsen i 8 § behörighetslagen har utgjort ett undantag från denna reglering på tandvårdens område. Ett upphävande av 8 § behörighetslagen kräver mot bakgrund av de redovisade reglerna ett klagörande av att viss verksamhet inte skall anses som obehörig utövning av tandläkaryrket. I avvaktan på en mera genomgripande översyn av hithörande och andra frågor om förbud mot olika verksamheter på hälso- och sjukvårdsområdet föreslår jag att det i 10 § behörighetslagen införs en undantagsbestämmelse av innebörd att vissa tandhygienisters och tandsköterskors yrkesverksamhet inte skall anses som obehörig utövning av tandläkaryrket. De ytterligare föreskrifter som behövs, t.ex. avseende tandhygienisters resp. tandsköterskors kompetens, kan utfärdas av regeringen eller, efter regeringens bestämmande, socialstyrelsen med stöd av 12 § behörighetslagen.

Vad nu sagts innebär att det även med mitt förslag råder vissa olikheter mellan tandvården och hälso- och sjukvården i övrigt när det gäller möjligheten till yrkesutövning. Tandhygienister och tandsköterskor kan däremot – som jag tidigare förordat – få en egen yrkesidentitet på ett helt

annat sätt än tidigare. Den verksamhet de utövar i sin självständiga yrkesroll är inte längre att se som ett utflöde av tandläkarens behörighet.

De förslag som läggs fram om ändring av den rättsliga regleringen av tandhygienist- och tandsköterskeyrkerna påverkar den nordiska överenskommelsen från 1981 om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet. Jag utgår från att den särskilda nordiska arbetsgrupp som har i uppdrag att följa tillämpningen av överenskommelsen tar initiativ till nödvändiga förändringar av överenskommelsen.

3.3 Legitimation för tandhygienister

Mitt förslag: Tandhygienister som genomgått fastställd utbildning för yrket eller på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens skall kunna erhålla legitimation.

Utredningens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Så gott som samtliga remissinstanser tillstyrker utredningens förslag. Det gäller bl.a. kammarrätten i Stockholm, socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet, statskontoret, Landstingsförbundet, samtliga tandvårdshuvudmän som har yttrat sig med ett undantag, TCO, Sveriges tandhygienistförening och Sveriges kommunaltjänstemannaförbund. Riksrevisionsverket och Sveriges tandläkarförbund har avstyrkt förslaget.

Skälen för mitt förslag: Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Det förhållandet att legitimationen vid behov kan dras in har i detta sammanhang en central betydelse.

I propositionen (1983/84:179) om behörighetslagen redovisades vilka förutsättningar som bör gälla för att kunna ge legitimation till en yrkesgrupp. Bevis om legitimation skall enligt dessa uttalanden förbehållas sådana grupper av yrkesutövare, som självständigt utför kvalificerade arbetsuppgifter med ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Särskild vikt bör tillmätas förhållandet, att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. Legitimationen fyller bl.a. ett väsentligt informationsbehov gentemot allmänheten, som behöver en lättfattlig "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer. Dessa principer bör enligt min mening alltså gälla.

Enligt T-ÖVAs mening utför tandhygienisterna självständiga arbetsuppgifter förenade med ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Utredningen konstaterar bl.a. att tandhygienister i inte ringa utsträckning har direkt kontakt med patienterna. T-ÖVA föreslår således att legitima-

tion införs som kompetensbevis för tandhygienister som genomgått fastställd utbildning för yrket.

Jag delar utredningens uppfattning att åtskilliga av de arbetsuppgifter som utförs av tandhygienister kräver ett kvalificerat kunnande, stor skicklighet och noggrannhet. Som utredningen konstaterar arbetar redan i dag tandhygienisterna de facto i stor utsträckning självständigt. Det är väsentligt att patienterna kan bedöma vilken utbildning och bakgrund en tandhygienist har. Jag delar således T-ÖVAs uppfattning att legitimation bör införas som kompetensbevis för tandhygienister.

En legitimering av tandhygienister skulle vidare, så som T-ÖVA anfört, medföra en automatisk lösning på frågan om deras skyldighet att föra journal, eftersom en sådan skyldighet åligger samtliga legitimerade yrkesgrupper enligt 9 § patientjournalagen (1985:562).

Utbildningen vid såväl den hittillsvarande tandhygienistlinjen som den planerade förlängda linjen inom den kommunala högskolan bör enligt min bedömning kunna ligga till grund för en legitimation.

Det bör enligt min mening ankomma på socialstyrelsen att pröva frågor om legitimation som tandhygienist efter ansökan om detta. En avgift för legitimationsbeviset bör tas ut enligt expeditionskungörelsen (1964:618).

T-ÖVA bedömer att uppgiften att utfärda legitimationsbevis för tandhygienister endast medför marginella eller inga kostnadsökningar för socialstyrelsen. Statskontoret delar i sitt remissyttrande denna bedömning mot bakgrund av det förhållandevis ringa antalet nya sökande årligen. Även jag bedömer att socialstyrelsen kan utföra uppgiften inom existerande medelsramar. Statskontoret aktualiserar samtidigt den principiella frågan om centralmyndighetens roll och uppgifter. Statskontoret anser att det är angeläget att formerna för handläggning av legitimationsärenden omprövas.

En precisering och konkretisering av socialstyrelsens roll, huvudsakliga uppgifter och inriktningen av styrelsens verksamhet har skett i propositionen (1988/89:130) om socialstyrelsens framtida roll, uppgifter och inriktning. Föredraganden konstaterar när det gäller legitimations- och behörighetsfrågor att dessa frågor även i fortsättningen bör vara kvar på socialstyrelsen. Skälet till detta är framför allt internationella krav och då inte minst krav inom den europeiska gemenskapen om att legitimering av hälso- och sjukvårdspersonal bör ske av den centrala myndigheten på området. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen (SoU24, rskr. 296).

3.4 Skydd för uppgiften att en yrkesutövare är legitimerad tandhygienist

Prop. 1990/91:138

Mitt förslag: Det straffrättsliga skydd som yrkesutövare inom hälso- och sjukvården eller tandvården har för uppgiften att yrkesutövaren är legitimerad skall även omfatta yrkesbeteckningen legitimerad tandhygienist.

Utredningens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Kammarrätten i Stockholm ifrågasätter om inte tandhygienisternas ensamrätt till yrket bör bevaras. Sveriges tandläkarförbund delar utredningens uppfattning att legitimerade tandhygienister inte skall ha ensamrätt till yrket. Statskontoret och Kopparbergs läns landsting tillstyrker utredningens förslag om skydd för yrkestiteln. Övriga remissinstanser har inte yttrat sig i denna del.

Skälen för mitt förslag: Barnmorskor, läkare och tandläkare samt apotekare och receptarier har genom bestämmelser i 6 och 7 §§ behörighetslagen en ensamrätt till yrket. Deras yrkesverksamhet har bedömts vara av kvalificerad särskild betydelse för patienternas vård och säkerheten i vården. Med undantag för dessa inskränkningar står det i princip var och en fritt att, vare sig denne har utbildning för yrket eller inte, utöva verksamhet på den egentliga hälso- och sjukvårdens område. Som jag tidigare närmare utvecklat har däremot verksamhet mot ersättning på tandvårdens område i princip förbehållits de behöriga tandläkarna. I verksamhet på hälso- och sjukvårdens och tandvårdens område finns vidare ett särskilt skydd för yrkestitlar och yrkesbeteckningar. Sålunda får t.ex. inte yrkesbeteckningen legitimerad sjuksköterska eller legitimerad sjukgymnast användas fritt.

Enligt T-ÖVA kan tandhygienisternas yrkesverksamhet inte sägas innefatta risker för patienterna av sådan betydelse att en lagstadgad ensamrätt till yrket är motiverad. Däremot föreslår T-ÖVA att yrkesbeteckningen legitimerad tandhygienist ges ett straffrättsligt skydd. Jag instämmer i utredningens uppfattning. Yrkesbeteckningen legitimerad tandhygienist bör därför ges ett sådant skydd. Skyddet bör liksom för övriga yrkesgrupper på hälso- och sjukvårdsområdet regleras i behörighetslagen.

Mitt förslag: Den prisnedsättning eller kostnadsbefrielse för läkemedel som en patient erhåller enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall gälla även de läkemedel som förskrivs av legitimerade tandhygienister i enlighet med de föreskrifter som kan komma att meddelas.

Skälen för mitt förslag: I socialstyrelsens rapport Tandhygienisten i framtidens tandvård föreslås att om tandhygienisterna delvis skall svara för de regelbundna tandvårdsbesöken de bör ges rätt att förskriva fluorpreparat. Utredningen om översyn av tandvårdsutbildningarna m.m. har som tidigare nämnts förutsatt att eleverna på den nya utbildningslinjen inom den kommunala högskolan undervisas i medikamentell behandling (fluor i olika former) av karies.

Enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. erhåller en patient, med vissa undantag, läkemedel kostnadsfritt eller till nedsatt pris om läkemedlet har förskrivits av en läkare eller tandläkare. Med läkemedel förstås i detta sammanhang sådana för människor avsedda varor, på vilka läkemedelsförordningen (1962:701) skall tillämpas. Förskrivning av läkemedel får enligt läkemedelsverkets och socialstyrelsens föreskrifter göras endast av läkare och tandläkare samt beträffande medel som används i födelsekontrollerande syfte av vissa barnmorskor. Även distriktssköterskor som deltar i viss försöksverksamhet har rätt att förskriva läkemedel enligt de föreskrifter som socialstyrelsen utfärdar.

Jag delar socialstyrelsens uppfattning att tandhygienister bör få förskriva fluorpreparat. Om läkemedelsverkets och socialstyrelsens föreskrifter utvidgas till att omfatta även viss förskrivningsrätt för legitimerade tandhygienister bör den prisnedsättning eller kostnadsbefrielse för läkemedel som en patient erhåller enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. gälla även de läkemedel som har förskrivits av tandhygienist. De läkemedel som omfattas av tandhygienistens förskrivningsrätt bör inte bli dyrare för patienterna än om en tandläkare hade förskrivit läkemedlen i fråga. Ändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 1992.

4.1 Utgångspunkter

Svensk tandvård har internationellt sett ett mycket gott anseende. En starkt bidragande orsak till detta har varit den fördjupning av kunskaperna inom olika ämnesområden som har varit möjlig genom väl utvecklade kliniska specialiteter. Av remissvaren över rapporten Specialisttandvården i framtiden framgår t.ex. att den kompetens som i Sverige utvecklats inom specialiteten odontologisk röntgendiagnostik har tjänat som inspiration för flera länder.

Genom sin nära relation till de odontologiska och medicinska fakulteterna fungerar specialisterna som länken mellan universiteten och den kliniska vardagen. På så sätt kan nya kunskaper inom grundforskning och klinisk forskning snabbt omsättas till kliniskt handlande.

Kunskapsutvecklingen inom tandvården har, inte minst under det senaste årtiondet, varit mycket betydande. Det gäller såväl den förebyggande tandvården som utvecklingen av nya behandlingsmetoder och tekniker, t.ex. implantatprotetik. Den snabba kunskapsutvecklingen medför att specialisterna blir en viktig resurs såväl för att säkra kvaliteten i den framtida tandvården som för att medverka i fort- och vidareutbildningsverksamheten inom allmäntandvården. Om en sådan efterutbildning skall kunna bedrivas effektivt och till rimliga kostnader måste den kunna bedrivas såväl lokalt som regionalt.

Landstingens ansvar för specialisttandvården har inneburit att verksamheten inte har koncentrerats till storstadsområdena utan kunnat spridas över landet. Genom att specialiseringstjänstgöringen har varit tillgänglig såväl inom ramen för de odontologiska fakulteternas verksamhet som vid utbildningsinstitutioner inom vissa landsting har även denna kunskapsutveckling kunnat få en jämnare fördelning över landet med de positiva effekter detta inneburit för den övriga tandvården.

Som tidigare framgått (avsnitt 2.1) är förhandlingarna om en kommunalisering av tandvården vid de odontologiska fakulteterna ännu inte avslutade vid samtliga fakulteter. Detta skulle enligt riksdagsbeslutet (prop. 1978/79:41, UbU23, rskr. 205) vara en förutsättning för att införa en ny specialistutbildning. Jag bedömer dock att behovet av en reformering av uppläggningsenheten av specialistutbildningen samt ett klarläggande av fördelningen av ansvaret för utbildningen nu är så starkt att frågan, trots riksdagens tidigare ställningstagande, bör aktualiseras.

Jag bedömer en fortsatt utveckling av kunskaperna inom tandvården och en överföring av dessa kunskaper till alla som är verksamma inom tandvården som angelägen. Av remissvaren från framför allt tandvårdshuvudmännen framgår att huvudmännen delar denna bedömning. Så t.ex. framhåller Norrbottens läns landsting att specialistfunktionerna genom att tillföra kunskap till tandvården har haft och har en stor del i den positiva utvecklingen av tandvården i Norrbotten. Sveriges tandhygienistförening

framhåller att specialisten är betydelsefull för tandhygienisten i hygienistens utvecklingsarbete, ämnesfördjupning och fortbildning.

Jag delar även den av Sveriges tandhygienistförening framförda uppfattningen att ämnes- och kunskapsfördjupningen bör omfatta inte bara odontologiska ämnen utan även det beteendevetenskapliga området.

Mot bakgrund av att sjukdomsutveckling i första hand bör förebyggas blir specialistkunskaper inom ämnesområden som innefattar diagnostik och profylaktik inte minst viktiga.

Jag vill samtidigt framhålla att en hushållning bör ske med specialistresurserna. Andelen specialister inom tandvården är dock i förhållande till sjukvården begränsad. Dessa resurser kräver omfattande utbildningsinvesteringar även om det är viktigt att komma ihåg att de ger många positiva "spin-off"-effekter även för dem som svarar för utbildningen.

Förslagen i rapporten har även utformats med utgångspunkt från att allmäntandläkarnas ställning stärks inom såväl folktandvården som privat-tandvården. I rapporten föreslås att det i framtiden bör finnas ett statligt stöd för efterutbildning av tandvårdspersonal.

Jag vill starkt understryka vikten av att en möjlighet till vidareutveckling och efterutbildning ges till alla personalkategorier inom tandvården. Jag är dock inte beredd att föreslå något statligt stöd till denna form av utbildning. Den är som statskontoret har påpekat att jämställa med sådan fort- och vidareutbildning som i andra sammanhang bekostas av arbetsgivaren eller den enskilde.

Genom efterutbildning inom allmäntandvården kommer vissa arbetsuppgifter som i dag utförs inom specialisttandvården att överföras till allmäntandvården. Även motsatt utveckling kan bli aktuell. Vissa åtgärder kan komma att vara så sällsynta inom allmäntandvården att allmäntandläkaren inte har erforderlig kompetens eller träning för att utföra dem.

Min bedömning är att arbetsfördelningen mellan allmäntandläkare och specialisttandläkare med all sannolikhet kommer att vara skiftande mellan olika delar av Sverige och mellan olika kliniker beroende på bl.a. geografiska avstånd, personalsammansättning och kompetensprofilen vid kliniker. Det är självfallet viktigt att kvaliteten och säkerheten i vården upprätthålls samtidigt som den reella kompetens som finns hos olika personer i vården kan brukas.

Målen för specialistutbildningen är desamma som för all tandvård, dvs. en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården skall bl.a. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Handikappförbundens centralkommitté (HCK) pekar på att målen i tandvårdslagen är en viktig utgångspunkt inte minst med tanke på människor med olika funktionsnedsättningar.

Avgränsningen av och innehållet i olika specialiteter blir beroende av forskningen och tandvårdens utveckling. Det finns därför begränsade

möjligheter att på förhand bedöma och reglera antalet specialiteter och deras inriktning. Det gäller därför att skapa ett system som är flexibelt och successivt kan anpassas till nya förutsättningar i samhällsutvecklingen, finansieringsformer och sjukdomspanoramat utan att det krävs stora insatser för att utreda och förändra regelsystemet.

Riksdagen har med anledning av propositionen Sverige och den västeuropeiska integrationen (prop. 1987/88:66, UU24, rskr. 245) angett vissa riktlinjer för ett brett västeuropeiskt samarbete. Av propositionen framgår bl.a. att Sverige skall medverka i EFTAs och EGs arbete på att avskaffa fysiska, tekniska och fiskala hinder i syfte att så långt möjligt skapa en fri rörlighet för varor, tjänster, människor och kapital i Väst-europa. Det svenska regelsystemet inom tandvården bör därför medge en framtida harmonisering med motsvarande regelsystem i Väst-europa.

4.2 System med målbeskrivningar för de olika specialiteterna

Mitt förslag: Dagens detaljreglerade system som innebär att specialistkompetens erhålls efter ett visst antal tidsbestämda tjänstgöringar inom olika odontologiska ämnesområden ersätts av en ordning med målbeskrivningar för de olika specialiteterna. I målbeskrivningarna skall anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som tandläkaren skall ha tillägnat sig för att han/hon skall anses ha uppnått specialistkompetens. Kompetensutveckling sker genom systematisk kursundervisning och praktisk tjänstgöring under handledning.

Kostnadsansvaret för den teoretiska undervisningen skall åvila huvudmännen.

Utredningens förslag: Överensstämmer med mitt förslag. Utredningen har inte uttalat sig i fråga om kostnaderna för den teoretiska undervisningen.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har uttalat sig i denna fråga har tillstyrkt utredningens förslag. Ett flertal av de remissinstanser som uttalat sig om kostnaderna för specialistutbildningen anser att staten bör svara för kostnaderna för den teoretiska undervisningen.

Skälen för mitt förslag: Liksom utredningen och remissinstanserna anser jag att dagens detaljreglerade system bör ersättas av ett mer flexibelt system byggt på målbeskrivningar för de olika specialiteterna. Genom en sådan uppläggningsmetod kan utbildningsinnehållet vid olika utbildningsenheter variera och tillgodose även lokala behov. Huvudmännen får möjligheter att välja mellan olika utbildningsalternativ, vilket kan stimulera till en fortsatt utveckling av utbildningsinnehållet i samverkan mellan huvudmännen och utbildningsenheterna. Socialstyrelsen bör besluta om målbeskrivningarna för olika specialiteter.

Olika utbildningsinstitutioner bör inbördes stämma av sina erfarenheter av det nya systemet med målbeskrivningar så att jämförbar kvalitet i specialistutbildningen erhålls.

Såväl omfattningen av den allmäntjänstgöring som skall föregå specialisttjänstgöringen som utbildningstidens längd bör kunna variera mellan olika specialiteter. Här har EG kravet att specialistutbildningen för de av EG hittills erkända specialiteterna skall omfatta minst tre års heltidstjänstgöring. Utbildning på deltid kan medges under vissa förhållanden. TSU 89 föreslår att målformuleringarna skall innehålla en uppskattad utbildningstid. Vidare föreslår utredningen att det i de bestämmelser som reglerar specialistutbildningen bör anges att utbildningstiden inte får underskrida den av EG beslutade tiden om inte särskilda skäl föreligger. Genom detta anser utredningen att EGs krav på en bestämd utbildningstid är uppfyllt. Jag delar utredningens bedömning.

För en meningsfull och kvalitativt godtagbar utbildning krävs tillgång på i första hand kliniskt kunnande men också vetenskaplig erfarenhet och pedagogisk insikt. Vid utbildningskliniken/klinikerna bör behandlas i princip alla typer av patientfall som förväntas ingå bland den blivande specialistens patienter. Saknas en viss typ av patientfall har klinikchefen/utbildningsansvarig ansvaret för att den blivande specialisten får tillfälle att komma i kontakt med dessa patientfall vid annan klinik. Det bör utöver handledaren finnas ytterligare specialister som kan hjälpa tandläkaren under utbildning när handledaren inte är i tjänst.

I vissa fall kommer specialistutbildning delvis att ske vid annan klinik, s.k. satellitklinik. Även i dessa fall måste kliniken uppfylla kraven i en sådan utsträckning att en tillfredsställande kvalitetsnivå på utbildningen kan upprätthållas. Klinikchefen/utbildningsansvarig vid "moderkliniken" måste svara för att utbildningen får en godtagbar uppläggning.

TSU 89 föreslår att utbildningsklinikerna skall godkännas av socialstyrelsen. Detta gäller även den kommunala tandvård som bedrivs i anslutning till de odontologiska fakulteterna. För godkännande skall kliniken presentera ett utbildningsprogram. Jag delar utredningens uppfattning. Socialstyrelsen bör ange riktlinjer för vilka kriterier som kliniken skall uppfylla för att den skall kunna godkännas som utbildningsklinik. Ett samarbete i dessa frågor bör ske med huvudmännen.

Klinikchefen/utbildningsansvarig inom kliniken bör, som utredningen har föreslagit, ha ansvaret för att den tandläkare som söker erhålla specialistkompetens inom ett verksamhetsområde som företräds av kliniken, erbjuds sådan tjänstgöring att målbeskrivningens krav kan uppnås.

Jag bedömer att det är av stor vikt att handledaren kontinuerligt bildar sig en uppfattning om den blivande specialistens kompetens och stöder dennes utveckling så att målbeskrivningens krav kan uppfyllas. Det ankommer på klinikchefen/utbildningsansvarig att göra en samlad bedömning om och när målen för specialistutbildningen har uppnåtts.

Socialstyrelsen bör, som hittills, utfärda specialistkompetensbevis. Ett kompetensbevis skall grunda sig på den ansvarige klinikchefens bedömning att målbeskrivningens krav för den sökta specialiteten är uppfyllda.

Socialstyrelsen bör också ange på vilket sätt klinikcheferna skall dokumentera att specialistkompetens bedöms ha uppnåtts så att styrelsen har möjlighet att stämma av uppgifterna mot den aktuella målbeskrivningen.

Genom den uppläggningsplan jag har föreslagit för utformningen av specialistutbildningen finns en överensstämmelse med EGs beslutsordning i motsvarande direktiv. Remissinstanserna framhåller dock att arbetet med att utforma och revidera utbildningsbestämmelserna för specialiteter inom EG-länderna pågår. En fortlöpande bevakning bör därför ske från svensk sida så att regelsystemen kan harmoniseras.

Regeringen bör, liksom hittills, besluta om vilka specialiteter som skall finnas. Detta överensstämmer med beslutsordningen för läkarnas specialistutbildning. Såväl specialitetsindelningen som målbeskrivningarna bör bli föremål för en regelbunden översyn och revidering.

Utredningens direktiv angav att strävan borde vara att minska antalet specialiteter. I propositionen om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för läkare m.m. anges att begreppen specialitet och specialistkompetens har en lång tradition inom hälso- och sjukvården. Förslag till målbeskrivningar har utarbetats med dessa traditionella begrepp som utgångspunkt. Sådana förslag har utarbetats för 60 specialiteter, bl.a. företagshälsovård och socialmedicin. Denna uppläggningsplan har i princip accepterats i propositionen 1988/89:138. Riksdagen har inte haft några invändningar mot detta synsätt vid behandlingen av propositionen.

Enligt min mening bör, även inom tandvården, det traditionella specialitetsbegreppet bibehållas. En mycket viktig orsak till detta är hänsynen till patientsäkerheten. En specialitet bör vara ett avgränsat odontologiskt kunskapsområde. För att kunna utföra mer komplicerad diagnostik eller mer komplicerade behandlingar inom området behövs flerårig utbildning och klinisk träning under handledning. Den tandläkare som uppfyller uppställda kompetenskrav inom något av dessa områden bör benämnas specialisttandläkare.

Behovet av en samlad syn på tandvårdsinsatser av olika slag för patienten får lösas dels genom att utbildningen av olika specialiteter integreras och samordnas, dels genom organisatoriska lösningar som skapar förutsättningar för en samsyn på patienten och ett konstruktivt samarbete över kompetens- och specialitetsgränserna.

En sådan utveckling mot samlade organisatoriska lösningar med ett samarbete över specialitetsgränserna pågår redan. Av remissvaren framgår t.ex. att Kristianstads läns landsting planerar en samlad specialistklinik som kan tillgodose patienternas multipla behov. I Norrbottens läns landsting finns redan en samlad enhet för specialisttandvård för vuxenpatienter med specialiteterna protetik (oralprotetik), endodonti (rotbehandling), parodontologi (tandlossningssjukdomar) och ämnesområdet bettfysiologi.

I den mån nya specialiteter inlemmas i EGs direktiv bör, om det finns en gemensam syn på specialitetsbegreppet, en avstämning snabbt kunna ske mot avgränsning och innehåll för de svenska specialiteterna. EGs

regler är sådana att om minst två länder begär att få en ny specialitet uppförd bland de erkända specialiteterna detta skall tillmötesgåas.

Jag avser att föreslå regeringen att socialstyrelsen skall få i uppdrag att mot bakgrund av de synpunkter som redovisats i detta ärende inkomma med förslag till specialiteter inom tandvården. Jag vill i detta sammanhang särskilt framhålla de behov av fördjupade kunskaper som finns för patienter med bl.a. handikapp samt olika sjukdomstillstånd som medför ökade tandvårdsbehov.

Förslag till specialiteter bör utformas efter samråd med bl.a. Landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund samt universitets- och högskoleämvet. Socialstyrelsen bör som ett underlag för regeringens ställningstagande till specialiteterna inkomma med förslag till målbeskrivningar.

Utredningens förslag om att införa särskilda behörighetsämnen som är statligt reglerade bör mot den angivna bakgrunden inte genomföras.

I propositionen om tandläkarnas utbildning (prop. 1978/79:41) förordade föredraganden att staten skulle svara för kostnaderna för undervisningen. Riksdagen hade inga erinringar mot detta (UbU23, rskr. 205).

Kostnader för specialistutbildning uppstår, i första hand, för den teoretiska undervisningen. Genom att de tandläkare som genomgår specialistutbildning deltar i specialisttandvården bidrar de till den vård som utförs inom denna verksamhet. Jag har tidigare redovisat det interkommunala avtal som finns om ersättning till utbildningsanordnarna för den teoretiska utbildningen.

Totalansvaret för kostnaderna för specialistutbildningen av tandläkare bör, enligt min mening, kvarligga på tandvårdshuvudmännen. Detta innebär således en ändring av riksdagens tidigare beslut om att staten skulle överta ansvaret för kostnaderna för den teoretiska undervisningen.

Genom en sådan uppläggning bedömer jag att optimala förutsättningar föreligger för en avvägning mellan utbildningskostnader och den framtida nyttan av en sådan utbildningsansats. En långt gående decentralisering av ansvaret för tandvårdens resultat och kostnader till tandvårdshuvudmännen kommer med all sannolikhet att leda till skillnader när det gäller resursval och organisatorisk struktur. Den samlade tillgängliga kompetensen och andra förutsättningar som geografiska avstånd m.m. kommer att variera mellan olika huvudmannaområden och leda till olika behov av kompletteringar när det gäller ett tillskott av kompetens.

Jag anser att socialstyrelsen med utgångspunkt från sitt tillsynsansvar bör svara för uppföljning och utvärdering av specialistutbildningen. Vidare bör socialstyrelsen svara för en uppföljning av huvudmannens utbyggnad av specialisttandvården inom ramen för en samlad bedömning av tandvårdens resultat och kostnader inom varje huvudmannaområde.

5.1 Behörighet att utöva tandläkaryrket

Mitt förslag: Enbart legitimerade tandläkare skall yrkesmässigt få bedriva enskild tandläkarverksamhet.

Skälen för mitt förslag: Socialstyrelsen har hos regeringen begärt att 6 § behörighetslagen ändras så att endast den som har legitimation som tandläkare yrkesmässigt får bedriva enskild tandläkarverksamhet.

Socialstyrelsen anför att bestämmelserna i nämnda lagrum i praktiken innebär att tandläkare som fullgör allmäntjänstgöring (AT) i folktandvården vid sidan av sådan tjänstgöring även kan vara verksam som privatpraktiserande tandläkare, vilket kan ske utan anslutning till tandvårdsförsäkringen. En AT-tandläkare kan enligt socialstyrelsen även få en s.k. fritidsetablering om allmäntjänstgöringen fullgörs på heltid.

I den av riksdagen godtagna propositionen (1978/79:41) om tandläkarnas utbildning m.m. anges att syftet med allmäntjänstgöringen är att ge tandläkarna sådana praktiskt-kliniska erfarenheter som alla tandläkare behöver utöver de kunskaper och färdigheter som de har fått under grundutbildningen. Beträffande verksamhet i enskild tandvård anges i propositionen att det bör vara möjligt för allmäntjänstgörande tandläkare att även få viss orientering om verksamheten hos privatpraktiserande tandläkare. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att de nämnda intentionerna med allmäntjänstgöringen följs upp och att endast legitimerade tandläkare ges möjlighet att arbeta utan den handledning som ingår i allmäntjänstgöringen.

Jag anser att den av socialstyrelsen föreslagna lagändringen bör genomföras. På så sätt blir det även en enhetlighet i regleringen av läkarnas och tandläkarnas möjligheter att yrkesmässigt bedriva enskild verksamhet.

5.2 Avgifter inom barn- och ungdomstandvården

Mitt förslag: Barn- och ungdomstandvård skall även i fortsättningen vara avgiftsfri för patienterna. Landstingen skall däremot få ta ut en avgift när barn och ungdomar uteblir från ett avtalat tandvårdsbesök inom folktandvården.

Bakgrunden till mitt förslag: Landstinget i Södermanlands län har hos regeringen hemställt att landstingen medges rätt att inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård ta ut en avgift av patienten om denne uteblir från ett besök eller lämnar ett sent återbud. Landstinget har vidare föreslagit att tillhandahållande av vissa tandskydd avgiftsbeläggs enligt tandvårdstaxan.

Landstinget har i sin skrivelse redovisat för år 1989 nära 6 000 timmar för besök där patienter inom barn- och ungdomstandvården uteblivit eller lämnat ett sent återbud. Detta motsvarar drygt 13 % av vårdtiden inom samma patientgrupp eller 3 milj. kr. i uteblivna intäkter. Landstinget har tillagt att en helt avgiftsfri tjänst inte värderas och att enbart information inte hjälper för att komma till rätta med uteblivandet. Enligt landstinget har vidare ett uppsving skett i Södermanland för olika idrotter där det krävs tandteknikerframställda tandskydd. Dessa tandskydd är avgiftsfria. Till följd av detta och att tandskydden enligt landstinget "tappas bort" har kostnaderna för landstinget ökat kraftigt. Liknande synpunkter har framförts även av andra tandvårdshuvudmän.

Skälen för mitt förslag: Genom folktandvården skall landstingen svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år. Sådan tandvård skall vara avgiftsfri för patienten (7 § tandvårdslagen). I propositionen med förslag till tandvårdslag m.m. (prop. 1984/85:79) betonades att samhällets ansvar är särskilt stort för att barnen skall få så goda startmöjligheter som möjligt i livet och att ansvaret för barnens och ungdomarnas tandhälsa kräver särskilt aktiva insatser från samhällets sida. Enligt min uppfattning bör folktandvårdens barn- och ungdomstandvård även i fortsättningen vara avgiftsfri för patienterna. Landstingen har emellertid i dag en besvärlig ekonomisk situation med krav på kraftiga omprioriteringar för att möta nya behov. Det är inte minst väsentligt att resurserna utnyttjas så väl som möjligt. Mot denna bakgrund delar jag landstingets bedömning att det bör vara möjligt att utkräva en avgift även inom barn- och ungdomstandvården när patienten uteblir från ett avtalat tandvårdsbesök. Principiellt innebär detta inte något avsteg från uppfattningen att folktandvårdens barn- och ungdomstandvård skall vara avgiftsfri. Vid ett uteblivet besök sker ju ingen tandvård. Det bör kunna överlåtas åt landstingen själva att närmare kunna avgöra hur denna möjlighet bäst skall utnyttjas. Jag vill dock betona att möjligheten bör utnyttjas med varsamhet. Frågan om att utkräva avgifter måste inte minst bedömas med hänsyn till vad jag nyss nämnde om samhällets särskilda ansvar för barn och ungdomars tandhälsa.

När det gäller de speciella tandskydden för idrottsutövning kan det enligt min mening starkt ifrågasättas om det finns en obegränsad skyldighet för landstingen att tillhandahålla sådana skydd. För landstingens del torde dock kostnaderna för behandlingsåtgärder snabbt öka om tandskydd inte tillhandahölls i viss utsträckning. Det har från flera landsting pekats på de betydande kostnader som även borttappade eller förstörda tandregleringsapparaturer medför för tandvårdshuvudmännen. Jag är i detta sammanhang inte beredd att föreslå några avgifter för tandskydd eller andra behandlingsåtgärder inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård. Det kan dock enligt min mening finnas skäl att se över frågan om landstingens möjligheter att inom barn- och ungdomstandvården ta ut avgifter vid upprepat slarv från patientens sida avseende borttappade eller förstörda apparaturer m.m.

6.2 Ändring i vissa garantibestämmelser inom tandvårdsförsäkringen

Prop. 1990/91:138

Mitt förslag: Skyldigheten för en vårdgivare som är ansluten till tandvårdsförsäkringens ersättningssystem att enligt 2 kap. 3 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring vara ansluten till en försäkring som täcker kostnaderna i särskilt angivna fall för behandlingar som behöver göras om avskaffas fr.o.m. den 1 juli 1991.

Skälen för mitt förslag: Mot bakgrund av den allvarliga kritik som framförts mot den nuvarande utformningen av patientgarantiförsäkringen anser jag att det är angeläget med en ändring av regelsystemet. Ändringen bör ske i huvudsak i enlighet med riksförsäkringsverkets förslag som utformats i samverkan med berörda vårdgivare.

Jag vill särskilt framhålla att mitt förslag inte innebär någon principiell ändring i tandläkarens ekonomiska ansvar för omgörningsgarantin. Detta har varit en viktig utgångspunkt för mitt ställningstagande. Garantin vid protesbehandling skall således gälla oberoende av om patienten väljer att låta samma tandläkare svara för omgörningen eller önskar få omgörningen gjord av annan tandläkare inom samma eller annan sektor. Förslaget är från administrativ synpunkt tilltalande, eftersom det i princip endast är när patienten väljer att få omgörningen gjord av annan tandläkare än den som ursprungligen utfört det protetiska arbetet som försäkringskassans medverkan blir nödvändig vid bl.a. återkrav av utgiven tandvårdsersättning. Föreskrifter som innebär att försäkringskassan får möjlighet att kräva tillbaka tandvårdsersättning eller göra avräkning mot senare utbetalning av sådan ersättning om behandlingen görs om av en annan vårdgivare än den som utfört den ursprungliga behandlingen bör tas in i tandvårdstaxan.

När det gäller de ekonomiska konsekvenserna av förslaget förutsätter jag, med ledning av vad verket anfört, att ökningen av försäkringskassornas kostnader balanseras av minskade försäkringskostnader och att den gjorda ändringen på sikt innebär vissa besparingar för tandvårdsförsäkringen genom att kostnadsansvaret för omgörningar torde ha en gynnsam inverkan på både vårdgivarnas terapiplanering och vårdens kvalitet. Jag förutsätter därför att riksförsäkringsverket noga följer utvecklingen på detta område.

Jag har heller inget att erinra mot att en s.k. central bedömningsnämnd inrättas hos riksförsäkringsverket dit kassorna vid behov kan vända sig för att få råd i besvärliga fall.

Med hänvisning till vad jag redovisat anser jag att den föreslagna ändringen i garantibestämmelserna inom tandvårdsförsäkringen bör genomföras. Jag utgår därvid ifrån att försäkringskassorna kan handlägga förekommande ärenden inom ramen för nuvarande resurser. Under förutsätt-

7 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

- 1) lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.,
- 2) lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,
- 3) lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
- 4) lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Lagförslaget under 1 gäller ett ämne som faller inom lagrådets granskningsområde. Förslaget är dock enligt min mening av sådan beskaffenhet att lagrådets hörande skulle sakna betydelse.

8 Specialmotivering

8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

2 §

I paragrafens första stycke finns grundläggande bestämmelser om vad som krävs för att få legitimation för vissa yrken inom hälso- och sjukvården i vid bemärkelse. För närvarande kan legitimation enligt denna paragraf meddelas för barnmorska, glasögonoptiker, logoped, läkare, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och tandläkare. Ändringen innebär att även tandhygienister skall kunna få legitimation för yrket. Benämningen skall vara legitimerad tandhygienist. Skälet för denna ändring har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.4).

Enligt huvudregeln skall den som genomgått sådan utbildning som leder till tandhygienistexamen efter ansökan kunna få legitimation som tandhygienist. Även den som tidigare genomgått sådan utbildning skall kunna få legitimation. Något krav därutöver på praktisk tjänstgöring har inte ställts upp. I likhet med vad som gäller för övriga yrken som omfattas av bestämmelsen kan även den som på annat sätt visat att han förvärvat motsvarande kompetens efter ansökan få legitimation. Legitimation får dock inte meddelas om sådana omständigheter föreligger att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad.

Av 3 § följer att det är socialstyrelsen som prövar frågor om legitimation. Frågor om återkallelse av legitimation och om meddelande av ny legitimation efter återkallelse prövas däremot av hälso- och sjukvårdens

utsträckning de myndighetsföreskrifter som tidigare nämnts innehåller åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen gäller dessa alltså som socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1990:9). Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i detta sammanhang även personal inom tandvården.

Enligt 3 § förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. skall socialstyrelsen meddela föreskrifter bl.a. om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen vilka behövs till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt (jämför 3 § lagen 1980:11 om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.). Föreskrifter om läkemedelshandling och om vilka utbildningsmässiga och andra krav som skall ställas på den som har att ta befattning med läkemedel är typiskt sett sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskilda.

De närmare regler som behövs om tandhygienisternas och barnmorskor- nas förskrivningsrätt m.m. bör, i enlighet med hittills gällande principer, meddelas av socialstyrelsen såvitt gäller åligganden i yrkesutövningen och av läkemedelsverket såvitt gäller läkemedel i övrigt. Det författningsstöd som behövs för denna ordning finns redan.

8.3 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

7 §

Den tandvård som en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun själv bedriver benämns folktandvård. I paragrafens första stycke, som är oförändrat, ges föreskrifter om den tandvård som folktandvården skall svara för. Folktandvården skall svara för bl.a. regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år. Av paragrafens andra stycke framgår, liksom hittills, att sådan tandvård skall vara avgiftsfri för patienten. Enligt en ny bestämmelse i detta stycke får däremot avgift tas ut av patienten om kostnad uppkommer med anledning av att patienten uteblivit från ett avtalat tandvårdsbesök inom folktandvården. Den nya bestämmelsen har behandlats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2).

Enligt den nya bestämmelsen får landstingskommunen – eller den landstingsfria kommunen – bestämma grunderna för avgiftsuttaget. Patienterna skall därvid behandlas lika. Så som redovisats i den allmänna motiveringen bör möjligheten att utkräva avgift utnyttjas med varsamhet. En första förutsättning för att avgift skall få tas ut är att kostnad uppkommit med anledning av uteblivandet. Det bör i stor utsträckning vara möjligt att organisera verksamheten så att detta undviks, t.ex. genom att den tandvårdspersonal som skulle ha tagit om hand den uteblivne patienten har andra arbetsuppgifter att sysselsätta sig med. Även om så inte är möjligt bör inte varje uteblivande föranleda avgiftsuttag. Ett uteblivande kan vara föranlett av godtagbara skäl. Vid t.ex. hastigt påkommen sjukdom, reseförseningar som den unge inte kan lastas för och andra oväntade situationer bör någon avgift inte tas ut. Ett sent återbud kan var ett

jämställa med ett uteblivande. Också skälen för ett återbud kan dock vara godtagbara. Vilka krav som skall ställas på patienterna får närmare avgöras av landstingskommunen eller kommunen.

När det gäller avgiftens storlek bör denna inte få överstiga den faktiska kostnad som uteblivandet förorsakat. En viss generell bedömning måste dock av praktiska skäl anses befogad. För tandvård som omfattas av bestämmelserna i 2 kap. 3 § AFL gäller enligt tandvårdstaxan (1973:638) att avgifter får tas ut av patienten med belopp som för närvarande varierar mellan högst 172 kr per timme och högst 516 kr per timme om intäktsbortfall uppkommer med anledning av att en patient uteblivit från ett avtalat tandläkarbesök. De avgifter som får tas ut av barn- och ungdomar inom folktandvården bör vara väsentligt lägre än dessa belopp.

Avgiften får enligt bestämmelsen tas ut av patienten. Eftersom flertalet patienter inom barn- och ungdomstandvården är omyndiga och inte själva råder över annat än möjligen begränsade tillgångar kommer patienten vanligen att företrädas av den eller de som är hans vårdnadshavare.

Enligt en särskild bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) preskriberas fordran på vårdavgifter inom tre år. Bakgrunden till denna bestämmelse är att det i samband med tillkomsten av preskriptionslagen (1981:130) utalades att osäkerhet i vissa fall kunde råda om bl. a. avgifter i allmän sjukvård preskriberas som konsumentfordringar efter tre år eller först efter tio år (prop. 1981/82:97 s 135). Mot bakgrund av högsta domstolens resonemang i avgörandena NJA 1988 s 503 I och II har någon särskild preskriptionsregel inte ansetts befogad i fråga om de avgifter som nu är aktuella. Bestämmelsen om treårspreskription bör enligt högsta domstolen ges en vidsträckt tillämpning varvid utgångspunkten för bedömningen bör vara hur rättsförhållandet uppfattas ur en konsuments perspektiv. Sådana avgifter som avses i paragrafen torde därmed, även utan särskild reglering, omfattas av bestämmelserna i preskriptionslagen om treårig preskription.

Inte heller har någon särskild regel om överklagande av beslut om avgifterna ansetts behövlig. Landstingskommunens beslut om grunderna för avgiftsuttag kan överklagas genom kommunalbesvär hos kammarrätten. Tvister rörande avgifterna i de särskilda fallen prövas däremot av allmän domstol.

8.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

2 kap. 3 §

Paragrafens andra stycke skall upphöra att gälla. Skälet härför har redovisats i den allmänna motiveringen (avsnitt 6.2).

I paragrafens tredje stycke har endast, som en konsekvens av den nyss redovisade ändringen, hänvisningen till andra stycket utgått.

tionen 1984/85:79 med förslag till tandvårdslagen m.m. att en översyn även borde göras av arbets- och ansvarsfördelningen mellan de olika yrkesgrupper, som är verksamma inom tandvården.

Med utgångspunkt i detta uttalanden i direktiven skulle utredningsmannen se över bestämmelserna i 8 § 1984 års behörighetslag och i 16 § 1984 års behörighetsförordning. Bestämmelserna i dessa författningsrum innebär, att översynen endast omfattar behörighetsreglerna för tandhygienister och tandsköterskor. Utredningen har betecknat sig T-ÖVA.

Prop. 1990/91:138
Bilaga 1

Behörighet att utöva yrket

I socialstyrelsens föreskrifter (1986:24) för tandsköterskor och tandhygienister samt för tandläkare vid anlitande av tandsköterska och tandhygienist, vilka i augusti 1986 ersatte äldre, likartade föreskrifter (med ordningsnumret SOSFS 1981:100 i socialstyrelsens författningssamling), finns bestämmelser om tandhygienisters och tandsköterskors behörighet och detaljerade förteckningar över de arbetsuppgifter, som får tilldelas dem i deras biträde i vederbörande tandläkares kliniska verksamhet.

Enligt en bestämmelse i dessa föreskrifter är den behörig att utöva verksamhet som tandhygienist som erhållit av socialstyrelsen utfärdat behörighetsbevis/kompetensbevis som tandhygienist eller har vederbörligt bevis om genomgången fastställd tandhygienistutbildning. Bestämmelsen innebär att tandhygienisterna har ensamrätt till sitt yrke.

Det finns i dessa föreskrifter ingen bestämmelse som stipulerar viss kompetens för rätten att utöva verksamhet som tandsköterska. Däremot anges att tandsköterska som erhållit socialstyrelsens behörighetsbevis/kompetensbevis som sådan eller som har vederbörligt bevis om genomgången fastställd tandsköterskeutbildning är att beteckna som tandsköterska med formell kompetens. Detta innebär, att den formellt kompetenta tandsköterskan är behörig att fullgöra samtliga de tandsköterskeuppgifter, som finns förtecknade i SOSFS 1986:24. Vissa av dessa arbetsuppgifter får endast utföras av formellt kompetenta tandsköterskor. Till de uppgifterna kan dessa tandsköterskor sägas ha ensamrätt.

I fråga om den inom tandvårdens tillämpade principen för fördelning av arbetsuppgifter, som inte förändras genom tillkomsten av SOSFS 1986:24, fann behörighetskommittén, att den ensamrätt till yrkesutövning, som författningsenligt (1 § i 1963 års tandläkarbehörighetslag) tillkom tandläkare, genom generell delegering utsträckts till att omfatta tandhygienister och tandsköterskor med erforderligt utbildningsbevis som sådana.

Syftet med bestämmelserna i 8 § behörighetslagen är att i första hand ge besked om att endast tandhygienisterna och tandsköterskor med förskrivna kompetens är behöriga att biträda en tandläkare i dessas yrkesutövning. Bestämmelserna anger också tandhygienisternas och tandsköterskornas yrkesställning i förhållande till tandläkarna. Deras uppgifter är att biträda tandläkarna. Någon motsvarande generell regel avseende personal inom den övriga hälso- och sjukvården finns inte.

På grundval av behörighetskommitténs konstaterande att tandläkarnas

ensamrätt till sitt yrke genom generell delegering utsträckts till tandhygienister och tandsköterskor samt med hänsyn till innebörden av bestämmelserna i 8 § behörighetslagen och föreskrifterna SOSFS 1986:24 har T-ÖVA funnit, att det inte finns något i egentlig mening självständigt tandhygienistyrke eller tandsköterskeyrke. I själva verket utför tandhygienister och tandsköterskor tandläkaruppgifter inom ramen för tandläkarnas ensamrätt till sitt yrke.

T-ÖVA föreslår att den formellt starka bindningen av tandhygienister och tandsköterskor till tandläkarna upplöses. Detta kan ske genom att 8 § behörighetslagen upphävs. Härigenom får tandhygienister och tandsköterskor formellt en egen yrkesidentitet liksom yrkesgrupperna inom övrig hälso- och sjukvård.

Till följd av denna lagändring försvinner grunden för 16 § behörighetsförordningen. Denna paragraf måste därför också upphävas. Därmed faller det legala stödet för föreskrifterna i SOSFS 1986:24 i vad dessa avser kompetensföreskrifter. Däremot berör lagändringen inte föreskrifternas giltighet i den mån de riktar sig till tandvårdspersonalen och behövs med hänsyn till patienternas säkerhet i vården, eftersom styrelsen som stöd för SOSFS 1986:24 också hänvisat till 3 § 2. förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för socialstyrelsen att meddela föreskrifter m m.

Genom att 8 § behörighetslagen upphävs försvinner också den ensamrätt till yrket, som enligt SOSFS 1986:24 tillkommer tandhygienisterna. I lagstadgad ensamrätt till yrke på hälso- och sjukvårdens område har endast tillerkänts apotekare, barnmorskor, läkare, receptarier och tandläkare. Ensamrätt är i vart och ett av dessa fall grundad bl.a. på förhållandet att yrkesutövningen inrymmer så betydande risker för patienterna, att principen om näringsfrihet fått vika. T-ÖVA anser, att tandhygienisternas yrkesverksamhet inte innefattar risker för patienterna av sådan betydelse, att lagstadgad ensamrätt till tandhygienistyrket är motiverad.

Kompetensbevis

Genom upphävande av 8 § behörighetslagen uppkommer sådana ändringar av förutsättningarna för yrkesverksamheten, att T-ÖVA funnit det nödvändigt att ta upp frågan om tandhygienisternas legitimation. Enligt regeringens proposition inför 1984 års behörighetslag (prop. 1983/84:179) skall bevis om legitimation förbehållas sådana grupper av yrkesutövare, som självständigt utför kvalificerade arbetsuppgifter med ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Särskild vikt bör tillmätas förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare.

1981 års behörighetskommitté prövade också frågan om legitimering av tandhygienisterna. Kommittén förnekade inte att de har kvalificerade arbetsuppgifter med ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Eftersom tandhygienisterna fullgjorde en biträdessfunktion till tandläkarna och inte kunde utöva sin verksamhet helt självständigt, fanns enligt kommitténs mening inte förutsättningar för att införa bestämmelser om legiti-

sig reell kompetens för, måste verka stimulerande för personalen. Naturligtvis kan delegeringsmöjligheterna inte vidgas hur mycket som helst. Gränser härför kan sättas – liksom för övrigt gjorts inom den övriga hälso- och sjukvården – genom att i formell ordning ange arbetsuppgifter, som inte kan bli föremål för delegering. Socialstyrelsen har också möjlighet meddela de föreskrifter till tandvårdspersonalen som behövs med hänsyn till patienterna säkerhet i vården.

Eftersom frågan om vidgade delegeringsmöjligheter inom tandvården berör patienternas säkerhet i vården ankommer det på socialstyrelsen att göra erforderliga övervägande i ämnet.

Sammanfattningsvis föreslår T-ÖVA

- att 8 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. upphävs,
- att som en följd härav 16 § förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. upphävs,
- att yrkesgruppen tandhygienister legitimeras,
- att föreskrifter om behörighet till tjänst som tandhygienist inom folktandvården införs och
- att socialstyrelsen åläggs meddela allmänna råd om krav för behörighet till tjänst som tandsköterska inom folktandvården

Förteckning över remissinstanser och sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (Ds S 1986:10) Behörighetsreglering för assisterande tandvårdspersonal

Följande remissinstanser har avgivit yttrande: *Kammarrätten i Stockholm, socialstyrelsen, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, riksförsäkringsverket, universitets- och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, NO Näringsfrihetsombudsmannen, statens invandrarverk, statskontoret, riksrevisionsverket, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Gotlands kommun, Blekinge läns landsting, Malmö kommun, Göteborgs och Bohus läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landsorganisationen i Sverige, Tjänstemännens centralorganisation, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges tandhygienistförening, Svenska tandsköterskeförbundet och Sveriges kommunaltjänstemannaförbund.*

Avskaffande av 8 § behörighetslagen

Kammarrätten i Stockholm: Utredningen vill (bet. s 127 f) öppna möjlighet till att till tandhygienist delegera uppgifter, för vilka denne har förvärvat reell men saknar formell kompetens. Kammarrätten vill inte motsätta sig en sådan lösning men förutsätter att socialstyrelsen vid sin prövning av i vilken omfattning delegation skall få ske iakttar den särskilda försiktighet som är motiverad av hänsyn till de risker som uppkommer för patienterna om vederbörande tandhygienist inte skulle besitta den skicklighet som behövs för uppgiften.

Även när det gäller tandsköterskor uttalar (bet. s 137 f) utredningen sig för att möjlighet skall finnas att delegera arbetsuppgifter till sköterskor med saklig kompetens men utan formell utbildning. Kammarrätten intar i denna fråga samma ståndpunkt som när det gäller delegation till tandhygienister.

Socialstyrelsen: Genom upphävande av 8 § uppnås en överensstämmelse med regler rörande delegering för övrig hälso- och sjukvårdspersonal, vilken överensstämmelse socialstyrelsen finner riktig. Härigenom lämnas möjlighet till ett bättre utnyttjande av personalen inom tandvården. För personalen kan denna förändring också komma att innebära en förändring av arbetssituation och arbetsinnehåll vilket bör upplevas positivt.

Riksförsäkringsverket: Enligt utredningens mening bör förutsättningarna prövas för ökad delegering av arbetsuppgifter inom tandvården. Rationaliseringsvinster och ökad stimulans för berörda personalkategorier anförs som fördelar. Verket har inte någon annan mening men vill framhålla att det nu aktuella förslaget – såvitt verket förstår – inte innebär några förändringar i fråga om ersättningsbara åtgärder eller hygienisternas möjligheter

att arbeta självständigt. För tandvårdsförsäkringen saknar därför förslaget intresse.

Riksrevisionsverket: RRV ansluter sig till utredarens uppfattning att förutsättningarna bör prövas för ökad delegering av arbetsuppgifter inom tandvården.

Landstingsförbundet: Det stelbenta och begränsade delegeringssystem som nu formellt gäller försvinner enligt utredningens förslag. Förbundet ser det som mycket tillfredsställande att delegeringsreglerna med dessa förändringar ger förutsättningar att bättre och flexibla kunna tillvarata tandvårdspersonalens kompetens, kunskaper och professionella utveckling i tandvårdsarbetet.

Östergötlands läns landsting: Motiven för landstingets ställningstagande är i huvudsak två. För det första anser landstinget det riktigt att behörighetsregleringen för tandvårdspersonal anpassas till den ordning som gäller övrig hälso- och sjukvårdspersonal. För det andra finner landstinget att den snabbt fortgående förbättringen av befolkningens tandhälsa pekar mot än mer självständiga arbetsuppgifter för tandhygienisterna i framtiden. Sett mot den bakgrunden är det motiverat att upplösa den formellt starka bindningen till tandläkarna som råder idag. Det faktum att tandhygienisterna i relativt stor omfattning vänder sig direkt till allmänheten i sin yrkesutövning understryker motiven för att legitimera gruppen tandhygienister.

Landstinget delar helt utredningens uppfattning att förutsättningarna bör prövas för ökad delegering av arbetsuppgifter inom tandvården. Delegeringsmöjligheterna inom övrig hälso- och sjukvård bör därvid användas som förebild.

Jönköpings läns landsting: I kapitlet föreslår utredningen att 8 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvård m.m. upphör.

Mot bakgrund av utredningens redogörelse för förhållandena inom övrig hälso- och sjukvård tillstyrker förvaltningsutskottet förslaget. Detta medför då som utredningen påpekar att socialstyrelsens föreskrift SOSFS 1986:24 inte längre har laglig grund. Förvaltningsutskottet vill i detta sammanhang peka på de speciella förhållanden som råder inom tandvården. 50 av landets tandvård drivs i privat regi. I tandvården saknas sjukvårdens tradition på samarbete mellan flera legitimerade yrkesgrupper. Dessa faktorer måste beaktas i det fortsatta arbetet med delegeringsmöjligheterna i tandvården.

Gotlands kommun: Gotlands kommun har inget att erinra mot utredningens författningsförslag. Slopandet av 8 § behörighetslagen medför att de generella regler som gäller övrig hälso- och sjukvård även kommer att omfatta tandvården. Denna förändring välkomnas.

Gotlands kommun instämmer i utredningens åsikt att tandvårdens delegeringsbestämmelser bör fås att överensstämma med dem inom den övriga hälso- och sjukvården (SOSFS 1980:100). Med nu aktuella delegeringsregler inom tandvården får folktandvården välja mellan att bryta mot dessa delegeringsbestämmelser eller att misshushålla med den assisterande personalens kapacitet och reella kompetens.

Blekinge läns landsting: Undertecknad instämmer i och tillstyrker det förslag som T-ÖVA lämnat.

Malmö kommun: Sjukvårdsstyrelsen får i anledning härav förklara sig tillstyrka bifall till utredningens förslag.

Bohus läns landsting: Vi ansluter oss helt till T-ÖVAs förslag. Därmed ansluter vi oss också till uppfattningen att 16 § förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. måste upphöra.

Kopparbergs läns landsting: Kopparbergs läns landsting har i sin 1985 antagna tandvårdsplan avseende tiden fram till sekelskiftet gjort bedömningar om utvecklingen av tandvården, som tyder på att en successiv strukturförändring inom tandvårdspersonalen är nödvändig för att anpassa personalsammansättningen till hälsoutvecklingen i befolkningen och därmed vårdbehovet. Bedömningen i planen går i korthet ut på att en större del av tandvården skulle kunna utföras av tandhygienistkompetent personal, medan mer kvalificerade diagnostiska och terapeutiska uppgifter skulle koncentreras till ett minskande antal tandläkare.

I ett längre tidsperspektiv bedömes således den utveckling som pågått från början av 1960-talet, med en successiv överflyttning av arbetsuppgifter till tandsköterskor och tandhygienister, att fortsätta även framåt i tiden.

I planen har också diskuterats möjligheterna till att på sikt höja även tandsköterskorna till tandhygienisternas kompetensnivå och använda hygienisterna i kombinerade assisterande och kvalificerade självständiga arbetsuppgifter för att bibehålla lagarbetstraditionen, öka den samlade kompetensen kring patienten och förbättra flexibiliteten i organisationen.

De bedömningar som Kopparbergs läns landsting gjort i planen är väl i samklang med förslagen i utredningen.

Förvaltningsutskottet instämmer i uppfattningen att det delegeringsförbud som i praktiken råder, förutom för i författning specificerade uppgifter, ersätts av regler, som blir enhetliga med de principer som gäller i bestämmelserna för hälso- och sjukvården.

Även under detta avsnitt vill slutligen förvaltningsutskottet peka på önskvärdheten av att delegeringsreglerna bringas i överensstämmelse med de principer som gäller inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Västerbottens läns landsting: Enligt gällande behörighetslag har visserligen tandläkare ensamrätt att utöva yrket men i praktiken förekommer en omfattande delegering till övrig tandvårdspersonal. I.a. har den frångående genomförda förebyggande tandvården organiserats och genomförts av tandsköterskor med viss vidareutbildning. I många fall har de självständigt kallat barn- och ungdomar till s.k. profylaxkontroller med samtidig polering av tänder och behandling med förebyggande ämnen.

För att öka tandvårdskapaciteten och bättre hushålla med tandvårdens resurser startades 1968 en vidareutbildning av tandsköterskor till tandhygienister – en personalgrupp i första hand avsedd för att bistå specialisttandläkare men även allmäntandläkare, när det gäller att förebygga tandköttsinflammationer och tandlossning. I takt med förbättringen av tand-

hälsan har tandsköterskans och tandhygienistens arbetsområde ytterligare kunnat utvidgas.

Tandvården har framgångsrikt via förebyggande åtgärder minskat behovet av reparativ tandvård. I takt med forskningens landvinningar kommer denna utveckling att fortsätta men även ändra förutsättningarna för tandvårdspersonalen. Tandhygienister t.ex., som specialutbildats för att ta hand om patienter med tandlossning och inflammationer i tandkötet, kan trots utökad delegering från tandläkarnas sida bli undersysselsatta på grund av de senaste årens förbättring av tandhälsan inom detta begränsade område.

För att uppnå största möjliga flexibilitet och ökad effektivitet inom tandvården bör utbildningen av tandvårdspersonal breddas och delegeringsmöjligheterna utökas.

Tjänstemännens Centralorganisation: Tandhygienister och tandsköterskor har genom delegering av arbetsuppgifter en hårdare bindning till tandläkaren som chef och arbetsledare än vad som gäller inom övrig hälso- och sjukvård. Delegering av arbetsuppgifter till assisterande personal sker för närvarande i begränsad omfattning genom föreskrifter från socialstyrelsen. Utredningen anser att det finns anledning att överväga om inte delegeringsmöjligheterna inom tandvården borde kunna utvidgas.

TCO delar utredningens uppfattning och vill här markera behovet av ökad delegation till den assisterande tandvårdspersonalen. TCO föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att skyndsamt lägga fram förslag till ökade delegationsmöjligheter och vill poängtera att den assisterande personalen i dag utför arbetsuppgifter av självständig och kvalificerad natur som också sammanfaller med tandläkarnas.

Sveriges tandläkarförbund: Dessa två paragrafer är specifika för tandvården och gäller ej för hälso- och sjukvården i övrigt. Det kan därmed sägas vara helt i enlighet med utredningens direktiv att föreslå att de skall upphöra att gälla.

Enligt förbundets uppfattning är dock förhållandena inom tandvården sådana att man i vissa tillfällen bör ha legala lösningar som avviker från hälso- och sjukvården i övrigt.

Sveriges tandhygienistförening: Utredningen har uppfyllt kommittédirektivens anmodan att få till stånd en så enhetlig reglering som möjligt när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal.

Vidare löser utredningens förslag formella oklarheter i nuvarande regelsystem.

Skulle kraven på behörighet att utöva tandhygienistyrket slopas, måste den vårdsökande allmänheten och den enskilda tandhygienistens arbetsgivare garanteras att tandhygienisten kan ge den förebyggande vård av god kvalitet som tandvårdslagen föreskriver. Legitimationshandlingen kan då anses som en av staten utfärdad garanti för att innehavaren besitter de kunskaper som erfordras, för att kunna fullgöra tandhygieniska åtgärder av erforderligt god kvalitet och dessutom är lämplig för yrket.

Ett upphävande av 8 § och 16 § icke åtföljt av legitimation för tandhygienister skulle vara en kraftig tillbakagång för vår yrkeskår. Personer

skulle som en följd av detta kunna kalla sig för tandhygienister utan att ha kompetens för yrket.

Detta skulle få negativa effekter på tandhygienistens anseende och framför allt kommer rekryteringen till våra tandhygienistutbildningar att minska.

STHF kan endast acceptera att 8 § och 16 § upphävs under förutsättning att gruppen tandhygienister legitimeras.

Svenskatandsköterskeförbundet: SKTF instämmer i T-ÖVAs synpunkter, att det inte finns anledning förmoda annat än att det i praktiken inte är någon skillnad mellan tandvården och hälso- och sjukvården, då den nyanställda tilldelas arbetsuppgifter som faller inom området för vederbörandes formella kompetens.

Det yttersta syftet med socialstyrelsens kungörelse (1989:100) med allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, var att i största möjliga utsträckning kunna ta till vara det samlade, totala kunnande som finns hos personalen, men även förläna hälso- och sjukvården ett tillförlitligt delegeringssystem.

SKTF noterar att som allmän princip gäller, att ingen ska tilldelas andra uppgifter än sådana som vederbörande med hänsyn till sin utbildning och erfarenhet kan på ett tillfredsställande och säkert sätt utföra.

Tandhygienister och tandsköterskor har en hårdare formell bindning till tandläkaren som chef och arbetsledare än vad som nu gäller i förhållandet mellan läkare och andra yrkesgrupper inom den övriga hälso- och sjukvården. SKTF anser detta förhållande otillfredsställande. Delegering av arbetsuppgifter till den assisterande tandvårdspersonalen kan för närvarande ske endast i mycket begränsad omfattning genom föreskrifterna i SOSFS 1986:24. Utredningen anser att det finns anledning överväga om inte delegeringsmöjligheterna inom tandvården borde kunna utvidgas.

SKTF vill här markera behovet av ökad delegation till den assisterande tandvårdspersonalen. SKTF föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att skyndsamt lägga fram förslag till ökade delegationsmöjligheter och vill poängtera att gruppen i dag utför arbetsuppgifter av självständig och kvalificerad natur som också sammanfaller med tandläkarnas.

Legitimation av tandhygienister

Kammarrätten i Stockholm: Ett viktigt syfte med legitimation inom hälso- och sjukvården är att ge allmänheten en garanti för att den som är legitimerad besitter tillräcklig kompetens och duglighet i viss befattning. Legitimationen utgör med andra ord ett bevis om att innehavaren uppfyller de krav som har uppställts på den som utöver yrket i fråga.

För närvarande är 50 procent av tandhygienisterna verksamma inom den privata tandvården. De har att på egen hand efter remiss från tandläkare utöva vissa kvalificerade arbeten i patienters mun. Av redovisningen i betänkandet (s 120 f) framgår att tandhygienisterna härvid har sådana självständiga arbetsuppgifter av särskild betydelse för patienternas liv och hälsa vilka bör utgöra en förutsättning för krav på legitimation. Härtill

kommer att det för närvarande inom socialstyrelsen undersöks om förutsättningar finns för att tandhygienisterna skall få självständigt svara för regelbundna tandvårdsmottagningar. Med hänsyn till utredningens förslag att krav på legitimation skall uppställas för yrkesgruppen i fråga. En vinst med en sådan ordning blir också att journalföringsskyldighet därmed uppkommer.

Socialstyrelsen: T-ÖVA har vid analys av tandhygienistens verksamhet funnit att tandhygienisten i dag utiör kvalificerade arbetsuppgifter under stor självständighet och att deras arbete måste bedömas vara sådant att de i sin yrkesutövning har ett särskilt ansvar för patientens säkerhet. T-ÖVA anser att tandhygienisten i sin verksamhet fyller de kriterier för legitimation som 1981 års behörighetskommitté uppställde.

Socialstyrelsen ansluter sig till denna bedömning. I detta sammanhang får styrelsen erinra om de uttalanden som gjordes i propositionen till den nya tandvårdslagen om en starkare satsning på förebyggande åtgärder och om de i propositionen framförda tankarna på att en hushållning av tandvårdsresurserna i framtiden skulle kunna ske på ett sådant sätt att de regelbundna tandvårdsbesöken i viss utsträckning gjordes hos annan än tandläkare.

En sådan utveckling skulle medföra ökade insatser av tandhygienist med krav på större självständighet och ökat patientansvar.

Mot bakgrund av denna utveckling och i linje med de tankar som framförts i nämnda proposition finner styrelsen det därför logiskt att införa legitimation för tandhygienister.

Till legitimationen är knutna vissa rättsverkningar. Den mest ingripande är att legitimationen under vissa i lag angivna förutsättningar kan återkallas. Vidare följer med den automatiskt en skyldighet att föra journal enligt den nya patientjournalagen som trädde i kraft den 1 januari 1989. Genom de rättsverkningar som sålunda är knutna till en legitimation anser sig styrelsen få ökade möjligheter att ingripa vid missförhållanden.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd: Enligt ansvarsnämndens mening finns det inom sjukvården annan icke legitimerad personal som i praktiken arbetar självständigt och vars misstag kan få betydligt allvarigare följder. Det gäller bl.a. sjukhusfysiker och viss laboratoriepersonal. Sett i sådant sammanhang kan det knappast anses som en av de mest angelägen uppgifterna att införa legitimation för tandhygienister. Det viktigaste skälet för att införa legitimation är enligt nämndens mening att en legitimerad person kan deslegitimeras, om vissa förutsättningar är uppfyllda. Det bör dock samtidigt beaktas att frågor där deslegitimering kan aktualiseras beträffande arbetstagaren även kan behandlas enligt det regelsystem som gäller inom arbetsrätten.

Ansvarsnämnden vill emellertid inte ur de synpunkter nämnden har att beakta motsätta sig att legitimation för tandhygienister införs. Det skulle knappast medföra någon ökad arbetsbelastning för nämnden.

Universitets- och högskoleämbetet: Mot bakgrund av de synpunkter som framförts av majoriteteten av remissinstanserna tillstyrker UHÅ utredningens förslag om legitimation för tandhygienister. Samtidigt vill UHÅ framhålla

vikten av att utbildningen till tandhygienist ges sådana ekonomiska förutsättningar att den kan förlängas och i övrigt ge den kompetens som är eftersträvansvärd för en legitimation.

NO Näringsfrihetsombudsmannen: NO har inga invändningar mot att yrkesutövare som skaffat sig särskild kompetens inom sitt område också får markera detta utåt på lämpligt sätt. NO är dock principiellt tveksam till benämningar som "legitimerad", "auktoriserad" och liknande, eftersom dessa benämningar kan ge intryck av att det enbart är den som är legitimerad/auktoriserad som är behörig att utöva yrket i fråga. Näringsutövningen för andra som i och för sig är fullt kompetenta att utöva yrket men som kanske inte uppfyller de formella kraven för att bli legitimerade/auktoriserade kan härigenom försvåras. Inom hälso- och sjukvårdsområdet förekommer emellertid legitimering av en rad yrkesgrupper (sjuksköterskor, psykologer, optiker m. fl.) utan att detta, såvitt NO känner till, påverkat etableringsmöjligheterna inom respektive yrke på ett negativt sätt. Enligt propositionen till 1984 års behörighetslag (prop. 1983/84:179) skall bevis om legitimation förbehållas sådana grupper av yrkesutövare, som självständigt utför kvalificerade arbetsuppgifter med ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Särskild vikt bör enligt propositionen tillmätas förhållandet, att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. Enligt vad som framgår av betänkandet, har utredningen funnit att tandhygienisterna uppfyller de krav statsmakterna ställt upp för att legitimation skall kunna komma i fråga. NO har mot denna bakgrund inget att erinra mot att även tandhygienister legitimeras.

Statskontoret: Statskontoret har inget att erinra mot att tandhygienister erhåller legitimation mot bakgrund av att tandhygienister, enligt T-ÖVAs bedömning, självständigt utför kvalificerade arbetsuppgifter och har ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården samt i icke oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten i egenskap av fria yrkesutövare. Legitimation ger enligt statskontorets uppfattning allmänheten en viss garanti för kompetens och lämplighet hos yrkesutövaren.

Riksrevisionsverket: Utredaren föreslår nu att ytterligare en yrkeskategori, tandhygienisterna, skall legitimeras. Såvitt RRV kan finna har inte utredaren visat att förslaget medverkar till en förbättrad patientsäkerhet. Den föreslagna legitimationen riskerar att bli en formalitet. RRV avstyrker utredningsförslaget och menar att under nuvarande betingelser strävan bör vara att begränsa snarare än att, som utredaren föreslår, utöka kretsen yrkeskategorier med legitimation. Skulle problemen i sjukvården för patienternas liv och hälsa bedömas vara så stora att legitimationsinstitutet vore nödvändigt torde däremot en reell kontroll, på individplanet, av den sökandes lämplighet för yrket fordras. Att lägga ett sådant ansvar på socialstyrelsen skulle enligt RRV:s mening vara naturligt samtidigt som betydande resursförstärkningar skulle krävas.

Landstingsförbundet: I strävan efter att nå överensstämmelse med behörighetsbestämmelserna inom hälso- och sjukvården föreslår utredningen vissa förändringar i regelsystemet för assisterande tandvårdspersonal.

Bland annat föreslår utredningen att tandhygienister skall erhålla legitimation. Landstingsförbundet, som principiellt anser att legitimationsinstitutet skall förbehållas ett fåtal yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, kan instämma i förslaget. Tandhygienisterna har i dag viktiga, ansvarsfulla och självständiga arbetsuppgifter med ett direkt ansvar för den enskilde patientens säkerhet. Många arbetar i privat verksamhet. Legitimation är ett välkänt begrepp och uppfattas också av allmänheten som en viss garanti för kompetens hos yrkesutövaren. I ett framtida perspektiv, där förebyggande insatser inom tandvården kommer att få ett ännu större utrymme, kan tandhygienisterna bli en än viktigare yrkesgrupp.

Östergötlands läns landsting: Se synpunkter från remissinstansen under föregående avsnitt.

Jönköpings läns landsting: Förvaltningsutskottet tillstyrker legitimering av tandhygienister. Utskottet vill framhålla att utskottet förutsätter att den legitimerade tandhygienisten även fortsättningsvis skall utföra sitt arbete på remiss från tandläkare och i nära samarbete med denne.

Gotlands kommun: Beträffande förslaget om legitimation av tandhygienister har Gotlands kommun inget att erinra. Förändringen, som mest förefaller att vara av formell art, torde inte medföra några praktiska konsekvenser för folktandvårdens arbete eller ekonomi.

Blekinge läns landsting: Tillstyrker utredningens förslag.

Malmö kommun: Tillstyrker utredningens förslag. Bohus läns landsting: De skäl och förklaringar som T-ÖVA lägger fram som motiv till att legitimation införs som kompetensbevis för tandhygienister samtycker vi till.

Kopparbergsläns landsting: Förvaltningsutskottet tillstyrker att legitimation skall gälla som behörighetsbevis. Med tanke på ovan redovisade bedömningar om den förväntade utvecklingen inom tandvården och det av T-ÖVA redovisade underlaget och parallelliteten med sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården bedömes förslaget som rimligt.

Västerbottens läns landsting: Legitimation, som samhällets garanti för den legitimerades kunskapsnivå och myndigheternas tilltro torde vara det enda vägande motivet till att utöka denna grupp även med tandhygienister. Dock är det nödvändigt att detaljreglering avskaffas beträffande uppgifter en tandköterska respektive en tandhygienist får utföra liksom övrig samverkan med tandläkare.

Om av socialstyrelsen utfärdade "Allmänna råd" om kompetenskrav för tandköterskor och tandhygienister kan ge samma möjlighet till att motta delegering och självständigt utföra vissa tandvårdande arbetsuppgifter är detta att föredra framför legitimation.

Tjänstemännens Centralorganisation: Utredningen framhåller, efter redovisning av tandhygienisternas arbetsuppgifter och ställning i verksamheten, att åtskilliga av de arbetsuppgifter som åligger dem kräver ett kvalificerat kunnande, stor skicklighet och noggrannhet, samt att många av dessa arbetsuppgifter är gemensamma för tandläkare och tandhygienister. TCO instämmer i detta.

Utredningen föreslår att en legitimering av tandhygienister införs, vilket tillstyrks av TCO. En legitimering av tandhygienister förutsätter enligt

TCO att de tidigare kraven på utbildning till tandhygienist som uppfylldes genom genomgången tandsköterskeutbildning även blir uppfyllda i den nya utbildningen.

En legitimering av tandhygienisterna skulle medföra en automatisk lösning på frågan om deras journalföringsskyldighet, då sådan skyldighet enligt 9 § patientjournalagen (1985:562) åligger samtliga legitimerade yrkesgrupper.

Sveriges tandläkarförbund: Det är ostridigt så att en stor andel av tandhygienisterna är verksamma inom privattandvården. De är dock ej självständigt verksamma, t.ex. som fria företagare. Tandhygienisten skall arbeta under en tandläkare som har det odontologiska ledningsansvaret. Denne har att ställa diagnoser samt bestämma vilken behandling som skall utföras. Därefter utför tandhygienisten den behandling (del av behandling) som tandläkaren beslutat. När behandlingen är avslutad skall patienten kontrolleras av tandläkare.

Det är vidare ställt utom tvivel att tandhygienister, liksom i stort sett alla yrkesgrupper inom vården, har ett ansvar för patienternas säkerhet i vården. Frågan är dock om ansvaret kan anses som stort. När behörighetsutredningen bedömde vilka yrken som skulle erhålla legitimation enligt detta kriterium var man mycket återhållsam. Man kan nämna att t.ex. arbetsterapeuter eller sjukhusfysiker ej fick legitimation. Det är uppenbart att tandhygienisternas ansvar för säkerheten i vården vida understiger det ansvar som t.ex. sjukhusfysikerna har.

Förbundet delar ej utredningens uppfattning att tandhygienisterna, med den arbetssituation och de arbetsuppgifter de har i dag, bör få legitimation. Dels är deras verksamhet inom såväl den privata som offentliga vården underställd tandläkarna, dels är ansvaret för säkerheten i vården ej så stort att det i sig motiverar att de erhåller legitimation.

Sveriges tandhygienistförening: Tandvårdslagens intentioner strävar mot en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Förebyggande åtgärder betonas. Tandhygienisten har en central roll inom dagens och framtidens tandvård. STHF anser det angeläget att tandhygienisten legitimeras, bl.a. för att legitimationen fyller ett väsentligt informationsbehov om tandhygienisten gentemot allmänheten. Vidare har förutsättningarna för tandhygienistverksamheten under åren förändrats. Legitimationen skärper dessutom kraven på den enskilda tandhygienisten.

STHF instämmer till fullo med de slutsatser som T-ÖVA utredningen gjort: "Vid analys har T-ÖVA funnit att tandhygienisterna utför kvalificerade arbetsuppgifter under stor självständighet. Arbetet är sådant att tandhygienisten i sin yreksutövning har ett särskilt ansvar för patientens säkerhet. Redan i dag har tandhygienisterna i inte ringa utsträckning direktkontakt med den vårdsökande allmänheten för viss rådgivning m.m. T-ÖVA föreslår därför att gruppen tandhygienister legitimeras".

Tandhygienistföreningen anser vidare att legitimationen är en förutsättning för att 8 § behörighetslagen samt 16 § behörighetsförordningen skall kunna avskaffas.

Sveriges kommunaltjänstemannaförbund: T-ÖVA-utredningen framhåller, efter redovisning av tandhygienisternas arbetsuppgifter och ställning i verksamheten, att åtskilliga av de arbetsuppgifter som åligger dem kräver ett kvalificerat kunnande, stor skicklighet och noggrannhet, samt att många av dessa arbetsuppgifter är gemensamma för tandläkare och tandhygienister. Förbundet instämmer i detta.

SKTF vill även understryka T-ÖVAs konstaterande, att tandhygienisten har att självständigt utföra arbetsuppgifter, förenade med stort ansvar för patientens säkerhet i vården. Tandhygienisten utför således tandläkaruppgifter inom ramen för tandläkarens ensamrätt till sitt yrke och bör därför legitimeras. En legitimering av tandhygienisterna medför också en automatisk lösning på frågan om deras journalföringsskyldighet, då sådan skyldighet enligt 9 § patientjournalagen (1985:562) åligger samtliga legitimerade yrkesgrupper.

Tandhygienisternas ensamrätt till yrket och skydd för yrkestitel

Kammarrätten i Stockholm: Kammarrätten sätter därutöver i fråga om inte tandhygienisternas ensamrätt till yrket bör bevaras (jfr häremot bet. s. 123). I annat fall kan den som har bedömts sakna kvalifikationer för legitimation likväl arbeta inom yrket med de risker som det skulle innebära för patienterna. Kammarrätten föreslår därför att uppräkningslagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen) kompletteras med yrke som tandhygienist. Statskontoret: För att denna garanti skall gälla fordras, som även T-ÖVA föreslår, att beteckningen legitimerad tandhygienist skyddas så att den inte får användas av den som saknar legitimation för yrket.

Kopparbergs läns landsting: Ensamrätt till yrket och skydd för yrkestitel. Utredningens förslag tillstyrkes.

Sveriges tandläkarförbund: Utredningen föreslår vidare att legitimerade tandhygienister ej får ensamrätt till yrke eller arbetsuppgifter. Förbundet delar denna uppfattning.

Sammanfattning av rapporten (Ds 1990:48) Specialisttandvården i framtiden av 1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning (TSU 89)

Nuläget m m

Tidigare utredningar

Tandläkarnas specialistutbildning har tidigare utretts av 1971 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning som avlämnade sitt betänkande i december 1975. Den utredningen föreslog bl.a. att tandläkarnas grundutbildning skulle förkortas från fem till fyra och ett halvt år. Därefter skulle komma ett års allmäntjänstgöring inom folktandvården för erhållandet av legitimation. Utöver då befintliga fem specialiteter föreslogs inrättandet av två nya nämligen oral protetik och odontologisk röntgen-diagnostik. En enhetlig specialistutbildning föreslogs bli inrättad vid de odontologiska fakulteterna och inom folktandvården och där staten skulle stå för kostnaderna vad gällde den teoretiska undervisningen.

Genom riksdagsbeslut 1979 förkortades tandläkarutbildningen från tio till nio terminer fr.o.m. 1 juli 1979 samtidigt som en ett-årig allmäntjänstgöring för tandläkare infördes fr.o.m. 1984. Riksdagen fattade samtidigt ett principbeslut om att den tandvård som bedrivs vid de odontologiska fakulteterna skulle överföras till landstingskommunalt resp. kommunalt huvudmannaskap. I avvaktan på att detta genomförs tog riksdagen inte ställning till en ny specialistutbildning för tandläkare med statligt stöd.

Till riksdagen anmäldes att regeringen borde besluta om inrättandet av de två föreslagna specialiteterna.

Under 1987 tillsatte utbildningsdepartementet en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av tandvårdsutbildningarna exklusive tandläkarnas specialistutbildning. I utredningens betänkande, som kom i april 1989, föreslogs att i den framtida tandvården bör det finnas tre personalkategorier nämligen 1) legitimerad tandsköterska, 2) legitimerad tandläkare och 3) specialisttandläkare. Utbildningsutredningen föreslog således att utbildningarna till tandsköterska och tandhygienist slås samman i framtiden samtidigt som tandläkarutbildningen förändras. Vidare föreslogs att tandläkarutbildningen i Malmö återupptas. Förslagen har ännu inte (juni -90) blivit föremål för några akuta beslut än att riksdagen i maj 1990 beslutade om att tandläkarutbildningen i Malmö åter skall starta fr.o.m. hösten 1990 och att totala antalet nybörjarplatser på tandläkarlinjen skall öka från nuvarande 260 till 280 platser.

Tandvårdslagen ålägger tandvårdshuvudmännen (landstingen och kommunerna Gotland, Göteborg och Malmö) ett vårdansvar för specialisttandvård vad gäller såväl barn som vuxna. Med specialisttandvård avses den tandvård som kräver specialistkompetens hos tandläkaren inom nuvarande specialistområden.

Inom folktandvårdens specialisttandvård upprätthålls ett krav på remiss för att få komma till specialistklinik.

Enligt gällande bestämmelser finns det f.n. sju erkända specialiteter inom tandvården nämligen

1. Barntandvård
2. Tandreglering
3. Tandlossningssjukdomar
4. Tandsystemets kirurgiska sjukdomar
5. Rotbehandling
6. Oral protetik
7. Oral röntgendiagnostik

Bestämmelserna om specialistutbildningen är mycket detaljerade. Utbildningen är uppdelad på huvudutbildning och sidutbildning. För bägge delarna av utbildningen anges exakt längd på den tjänstgöring som skall fullgöras. Till detta kommer ett antal kurser som skall genomgås. Den totala utbildningstidens längd enligt gällande bestämmelser är fyra år.

Antal specialister

Antalet tandläkare med specialistbehörighet uppgick till 1 022 vid utgången av år 1989. Detta motsvarar 8,2 procent av antalet legitimerade tandläkare. Antalet nytillkomna specialister har under de senaste åren varit ungefär 40 per år. Specialisternas andel av tandläkarkåren har ökat från 4,5 % år 1975 till nuvarande 8,1 procent. Därvid är att märka att år 1982 infördes två nya specialiteter.

Enligt en av socialstyrelsen genomförd enkätundersökning fanns det i maj 1989 765 yrkesverksamma specialister vilket motsvarar ca 8 procent av antalet yrkesverksamma tandläkare. Medräknas endast specialister upp till 65 års ålder uppgick antalet yrkesverksamma specialister till 737. De yrkesverksamma specialisternas fördelning efter specialitet framgår av följande uppställning.

Specialitet	Antal yrkes- verksamma	Andel %
Barntandvård	81	11
Tandreglering	256	33
Tandlossningssjukdomar	110	14
Tandsystemets kirurgiska sjukdomar	141	18
Rotbehandling	36	5
Oral protetik	103	13
Odontologisk röntgendiagnostik	38	5

Enligt den nämnda enkätundersökningen var de flesta specialisterna verksamma inom folktandvården. Om även de specialister medräknas som även hade annan verksamhet t.ex. som lärare var 75 procent verksamma i folktandvården. Av de yrkesverksamma var 13 procent enbart verksamma i privattandvård.

Folktandvårdens specialisttandvård utgör ca 15 procent av total tandläkartid inom allmäntandvård och specialisttandvård.

De sju specialiteterna finns inte representerade inom folktandvården i samtliga huvudmannaområden.

Nuvarande utbildning av specialister

Specialistutbildning sker dels vid de fyra odontologiska fakulteterna, dels vid av socialstyrelsen godkända specialistkliniker i Jönköping, Linköping, Stockholm och Örebro. Vid de sistnämnda finns inte utbildning för samtliga sju specialiteter. Enligt en enkät i slutet av 1989 uppgavs det finnas 130 tjänster för specialistutbildning totalt här i landet varav 40 vid de av socialstyrelsen godkända klinikerna och resten vid de odontologiska fakulteterna.

Enligt en av utredningen utförd undersökning av specialistbehörigheter meddelade av socialstyrelsen under åren 1984-1989 hade 62 procent av dessa specialister fått sin utbildning enbart vid odontologisk fakultet och 25 procent vid landstingsklinik. Resten hade utbildning vid både fakultet och landstingsklinik.

Överväganden och förslag

Framtidens tandvård

I avsnitt 15 diskuterar utredningen framtidens tandvård i förhållande till allmän samhällsutveckling, hälso- och sjukvård i framtiden, tandvårdens framtida situation, kunskapsutvecklingen och utbildningsfrågorna inom den framtida tandvården.

Utredningen framlägger i avsnitt 16 sina överväganden om tandvårds-
efterfrågan och vårdbehov under perioden 2000-2025. Detta sker med
hjälp av olika artiklar som beskriver framtida scenarier för tandhälsa och
tandvård, epidemiologiska undersökningar som anger nuläget och ut-
vecklingen under 1980-talet samt ett antal expertuttalanden om det fram-
tida vårdbehovet inom de sju specialistområdena.

Riktlinjer för vad som i framtiden bör vara en specialitet inom tandvården

Enligt betänkandet från 1971 års specialistutredning och utredningens eget
uppdrag skall en specialisttandläkares arbetsuppgifter vara följande.

1. Utföra mer komplicerade arbeten
2. Vara konsult åt allmäntandläkare
3. Bedriva kliniskt utvecklingsarbete
4. Utbilda tandvårdspersonal

Utredningen föreslår att arbetsuppgifterna för framtidens specialister
skall vara följande.

1. Utföra mer komplicerade arbeten
2. Vara konsult åt allmäntandläkare

Detta innebär att specialisterna skall vara rent kliniska specialister som
givetvis kan delta i efterutbildning av tandvårdspersonal och kliniskt
utvecklingsarbete. De två senare arbetsuppgifterna föreslås däremot inte
ingå i kriterierna för om ett ämnesområde skall vara specialitet eller inte.

Utredningens förslag till kriterier för specialistbegreppet ser ut på
följande sätt.

- A. Specialistområdet skall vara ett väl avgränsat, kliniskt verksamhets-
område.
- B. Inom verksamhetsområdet bedöms behoven hos ett större antal
patienter vara sådant att allmäntandläkarna inte kan förväntas ha
kunskaper eller färdigheter att utföra behandlingen av av dessa
patienter.
- C. Inom aktuellt verksamhetsområde bedöms vidare förhållanden vara
sådana att allmäntandläkare i stor utsträckning saknar möjlighet att
konsultera mer erfaren och mer kompetent allmäntandläkare vad
gäller mindre vanliga sjukdomstillstånd eller skador respektive
bettavvikelser.
- D. För att kunna utföra mer komplicerade behandlingar inom verksam-
hetsområdet behövs flerårig utbildning och klinisk träning under
handledning.

Behov av riktlinjer för vissa särskilda ämnesområden

Enligt utredningsuppdraget skall utredningen pröva om det – utöver framtida specialiteter – behövs riktlinjer från socialstyrelsen för vissa särskilda ämnesområden inom den tandvård huvudmännen bedriver. Utredningen finner att om inte nuvarande sju specialiteter skall finnas kvar inom den framtida tandvården behövs sådana riktlinjer av följande skäl.

1. Patientsäkerheten
2. Behov för huvudmannen att veta vilka minimikrav som bör uppställas för ledande befattningar inom andra ämnesområden än specialiteterna.
3. Behov för den enskilde tandläkaren att veta minimikrav på utbildning.

Utredningen anser att kravet på patientsäkerhet måste vara avgörande för om förslag skall framläggas om särskilda riktlinjer för vissa ämnesområden.

Förslag till specialiteter i framtiden

Utredningen anger ett antal utgångspunkter för det framlagda förslaget av vilka det viktigaste är att tandvårdslagens bestämmelser om tandvårdshuvudmännens vårdansvar även skall gälla i framtiden. Detta innebär att framtida specialiteter måste få en spridning över hela landet. Tandvårdshuvudmännen skall vidare ansvara för den framtida utbildningen av specialister.

Utredningen genomför sedan en prövning av nuvarande sju specialiteter i förhållande till de uppställda kriterierna för en specialitet och vad som anförts i avsnitt 17 om förväntat vårdbehov. En motsvarande prövning görs också av fem andra ämnesområden vilka f.n. inte är specialiteter men för vilka vissa huvudmän har inrättat speciella tjänster. Utredningens förslag till framtida specialiteter blir därefter följande.

1. Ortodonti
2. Oral kirurgi
3. Oral rehabilitering

Ortodonti motsvaras av nuvarande specialitet tandreglering men utredningen föreslår en ny benämning som motsvarar internationell nomenklatur. Oral kirurgi är den specialitet som idag heter tandsystemets kirurgiska sjukdomar men där benämningen föreslås bli den som flera landsting använder som beteckning på sina specialistkliniker inom detta ämnesområde. Oral rehabilitering är en ny specialitet vars huvudinriktning föreslås bli oral protetik men där specialisten ges en bredare utbildning än idag och som då skall omfatta även bettfysiologi, cariologi, rotbehandling och tandlossningssjukdomar. Specialiteten föreslås med tanke på det stora behov av oral rehabilitering som förväntas under planeringsperioden vad gäller det ökade antalet äldre vuxna. Det förutsätts att vissa specialister under sin utbildning väljer att speciellt fördjupa sina kunskaper vad gäller t.ex. tandlossningssjukdomar och därmed får möjlighet att

särskilt ägna sig åt patienter där behandling av tandlossningssjukdomen måste föregå själva rehabiliteringen av bettet.

Utredningen har valt att inte framlägga något alternativt förslag men för i slutet av aktuellt avsnitt ett resonemang kring de uppställda utgångspunkterna. Om i framtiden tandvårdslagen inte kommer att innehålla ett absolut vårdansvar för tandvårdshuvudmännen vad gäller specialisttandvården kan antalet specialiteter inom den framtida tandvården komma att bli annorlunda än vad utredningen föreslår. Tandvårdshuvudmännen kan då inte bli ansvariga för att utbildning anordnas annat än för specialiteter som landstingen valt att inrätta.

Ämnesområden för vilka det bör finnas särskilda riktlinjer

I förhållande till det framlagda förslaget om framtida specialiteter har utredningen sedan prövat om det finns behov av särskilda riktlinjer från socialstyrelsen i förhållande till de specialitetsområden som inte föreslås vara specialiteter i framtiden eller till något annat ämnesområde. Denna prövning har då skett framförallt i förhållande till patientsäkerheten. För följande områden föreslås riktlinjer utarbetas.

1. Barntandvård
2. Odontologisk röntgendiagnostik

Riktlinjerna föreslås få karaktären av allmänna råd från socialstyrelsen vad gäller utbildningen för tandläkare som skall inneha särskilda tjänster inom de angivna ämnesområdena.

Uppläggningsen av den framtida specialistutbildningen

Redan i utredningsuppdraget anges det att tandvårdshuvudmännen skall ansvara för den framtida specialistutbildningen. Utredningen föreslår att samma modell som kommer att tillämpas för läkarnas kommande specialistutbildning även skall gälla för tandläkarnas framtida specialistutbildning. Detta innebär att utbildningen skall vara målrelaterad och att all detaljreglering tas bort. Med hänsyn till att förhållandena inom folktandvården vad gäller specialistkompetenta tandläkare inte överensstämmer med situationen inom sjukvården och specialistkompetenta läkare och att utbildningen skall bli anpassad till EG-ländernas regler föreslås följande bestämmelser.

- * Utbildningskliniken skall vara godkänd av socialstyrelsen.
- * Före påbörjandet av specialistutbildning skall vederbörande tandläkare ha utövat allmän tandläkarpraktik under två år varvid AT-året får medräknas. För specialitet med huvudsaklig verksamhet inom barntandvård dvs. ortodonti skall bägge åren omfatta behandling av såväl barn som vuxna.
- * Utbildningstiden bör inte underskrida tre år för att specialistutbildningen skall bli godkänd.

* Merparten av tjänstgöringen under specialistutbildningen skall ha skett på heltid.

Prop. 1990/91:138
Bilaga 3

Målbeskrivningar

Utredningen framlägger i avsnitt 22 förslag till målbeskrivningar för specialiteterna ortodonti, oral kirurgi och oral rehabilitering.

Samordning med specialistutbildningen för läkare

Utredningen föreslår att SK-kurserna (specialistkompetenskurser, nuvarande NLV-kurser) i den framtida specialistutbildningen för läkare även skall vara öppna för tandläkare under specialistutbildning. För att detta skall bli en meningsfull del i tandläkarnas specialistutbildning förutsätts att viss samordning kommer till stånd redan på planeringsstadiet.

Framtida efterutbildning och vidareutbildning av tandläkare

Vid utformningen av sitt förslag till framtida specialiteter har utredningen utgått ifrån att tandläkarnas grundutbildning successivt förändras under 1990-talet mot en mer målrelaterad och problemorienterad utbildning samtidigt som efterutbildning och vidareutbildning av allmäntandläkare byggs ut.

Beräffande efterutbildning (utbildning som syftar till att vidmakthålla och aktualisera den kompetens grundutbildningen ger) föreslår utredningen att denna ges i mer systematiserad form och att ny utbildningsteknik kommer till användning. Utredningen diskuterar om inte staten bör engagera sig mer i efterutbildning av tandläkare. Detta skulle kunna ske genom att en mindre del av det belopp som tandvårdstaxan justeras med varje år avsätts för riktad efterutbildning av tandläkare.

Vidareutbildning (utbildning som syftar till att höja den kompetens som grundutbildningen ger) av allmäntandläkare föreslås ske i större utsträckning i framtiden än vad som är fallet idag. Sådan vidareutbildning kan bestå av vissa delar av specialistutbildningen eller som 'masterutbildningar' inom visst ämnesområde. Den skall leda fram till att allt fler allmäntandläkare skall kunna profilera sig vad gäller viss del av tandvården. Detta bör ske inom såväl folktandvård som privattandvård.

Bedömningen av behovet vad gäller såväl efterutbildning som vidareutbildning föreslås i framtiden baseras dels på uppföljning av tandvårdens vårdresultat, dels på kvalitetssäkringssystem.

Utredningen hävdar att de odontologiska fakulteterna måste få större uppgifter vad gäller efterutbildning och vidareutbildning av tandläkare än vad som är fallet idag. Det gäller även den vidareutbildning som inte avses leda fram till specialistkompetens.

Utredningen framhåller vikten av att övriga personalkategoriernas medverkan uppmärksammas i den framtida specialisttandvården. Som ett av flera exempel nämns utbildningen av tandsköterskor till s.k. ortodontiassistenter för att på så sätt öka patientgenomströmningen inom ortodontivården.

Samordning med specialistutbildningarna i de övriga nordiska länderna

En granskning har skett hur utredningens förslag förhåller sig till specialistutbildningarna i övriga nordiska länder. Om utredningens förslag genomförs skulle följande överensstämmelse gälla.

	Landets benämning	Svensk benämning
Danmark	Ortodonti Hospitalsodontologi	Ortodonti Oral kirurgi
Finland	Oral kirurgi Ortodonti Klinisk tandvård	Oral kirurgi Ortodonti Oral rehabilitering
Norge	Oral kirurgi	Oral kirurgi

Island har ingen egen specialistutbildning men erkänner ett antal ämnesområden som specialiteter.

Samordning med specialistutbildningarna inom EG-länderna

Inom EG-länderna finns f.n. ortodonti och oral kirurgi som erkända specialiteter och med fastlagda krav vad gäller utbildningen. Om utredningens förslag på uppläggningsen av den specialistutbildningen skulle full överensstämmelse komma att gälla med EGs nuvarande utbildningskrav för de två nämnda specialiteterna.

Behov av författningsmässiga förändringar

Utredningen lämnar i avsnitt 28 förslag till vilka förändringar som behöver ske i nuvarande författningar om utredningsförslagen genomförs. Även behovet av övergångsbestämmelser redovisas. Ett genomförande av utredningens förslag kräver inte någon lagändring, dvs. förslagen behöver inte föreläggas riksdagen.

Ekonomiska överväganden

Någon ekonomisk beräkning av utredningens förslag har inte genomförts med hänsyn till att planeringsperioden ligger så långt fram i tiden. Utredningen konstaterar dock att förslagen inte kommer att medföra några ökade kostnader för tandvården jämfört med nuläget. Tvärtom bör för-

slagen på sikt medföra lägre kostnader och även bibehållen eller till och med högre vårdkvalitet än idag.

Prop. 1990/91:138
Bilaga 3

Förteckning över remissinstanserna och sammanställning av remissyttrandena över rapporten (Ds 1990:48) Specialisttandvården i framtiden

Prop. 1990/91:138
Bilaga 4

Efter remiss har yttranden över rapporten avgetts av: *riksförsäkringsverket, universitets- och högskoleämbetet, statens strålskyddsinstitut, riksrevisionsverket, statskontoret, statens handikappråd, samtliga landstingskommuner, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Gotlands kommun, Landstingsförbundet, Odontologiska institutionen i Jönköping, Tjänstemännens Centralorganisation, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, De Handikappades Riksförbund och Handikappförbunden.*

Dessutom har skrivelser inkommit från samtliga professorer i Diagnostisk Radiologi i Sverige, Föreningen för rörelsehindrade barn och ungdom i Hallands län, Länshandikapprådet i Jönköpings län, Nordisk Förening för Handikapptandvård – svenska sektionen, Riksförbundet för njursjuka, Svensk Förening för Medicinsk Radiologi, Svensk Oralkirurgisk Förening och Tandvårdsskadeförbundet.

Allmänna synpunkter

Riksförsäkringsverket: Svensk tandvård har internationellt sett ett mycket gott rykte och det finns i Sverige ett förhållandevis stort antal specialister. Den höga nivån på svensk tandvård torde ha ett klart samband med de möjligheter som finns för tandläkare att i syfte att uppnå specialistkompetens, fördjupa sig inom olika odontologiska ämnesområden. Det kan nämnas som exempel att den kompetens som i Sverige utvecklats inom specialiteten odontologisk röntgendiagnostik har tjänat som inspiration för flera länder.

De allmänna försäkringskassorna använder sig i hög utsträckning av specialister, både offentligt och privat anställda, vid utredning och diagnostik av försäkrade med omfattande vårdbehov. Riksförsäkringsverket ser det som angeläget att dessa specialistresurser finns tillgängliga över hela landet i åtminstone nuvarande omfattning och noterar att utredningen haft som utgångspunkt att i framtiden ge specialisterna en sådan utformning att specialisttandvården får en spridning över hela landet.

Riksförsäkringsverket har 1987 och 1990 fått i uppdrag av socialdepartementet att utreda frågan om en mer förebyggande inriktning av tandvårdsförsäkringen. I det uppdrag som gavs 1990 framhölls att "utvecklingen visar på behovet av en reformering av tandvårdsförsäkringen och tillhörande taxsystem så att detta område bättre svarar mot tandvårdslagens mål och krav och den förväntade framtida tandhälsosituationen. En sådan förändring skapar inte bara förutsättningar för att grupper som idag har

en otillfredsställande tandvård kan få erforderlig vård, utan är också motiverad från samhällsekonomisk synpunkt och bör på sikt kunna leda till lägre offentliga tandvårdsutgifter".

Om tandvårdsförsäkringen skall kunna minska sina kostnader i framtiden krävs enligt riks-försäkringsverkets bedömning en fortsatt tilltro till profylax och tidigt omhändertagande av tandsjukdomar. Det som ur tandvårdsförsäkringens synvinkel då är mest intressant är att de personer med specialistkunskaper/-kompetens i diagnostik, röntgen och profylaktik som finns tillgängliga i hela landets bereds möjlighet att fortsätta sitt hittills framgångsrika arbete.

Universitets- och högskoleämbetet: Tillkomsten av specialiteter inom tandvården är beroende av forskning och tandvårdens utveckling. Möjligheterna att på förhand bedöma och reglera antalet specialiteter och inriktningar är därmed begränsade. Den reducering av antalet specialiteter som föreslås förutsätter en mer djupgående analys – en analys – som likaväl skulle kunna leda till andra slutsatser än de utredningen presenterar. Här vill UHÄ särskilt framhålla vad som påpekas i yttraderna från de odontologiska fakulteterna beträffande det faktaunderlag som utredningen bygger sitt förslag på.

Lunds universitet, odontologiska fakulteten, avdelningen för samhällsodontologi: Den odontologiska kompetensen i vårt land, såväl den kliniska som teoretiska, anses internationellt vara mycket konkurrenskraftig. Detta beror till stora delar på det "kvalitetssäkringssystem" som finns inbyggt i den unika struktur inom vilken svensk tandvården verkar. En mycket viktig kompetent i detta system är den kunskapsdepå som utgöres av de drygt 8 % av tandläkarkåren som har fördjupade kunskaper inom olika ämnesområden, i en omfattning som motiverar en specialistkompetens. Denna relativt blygsamma del av tandläkarkåren fungerar, tack vare sina ofta mycket nära relationer till odontologiska och medicinska fakulteter, som den nödvändiga bryggan mellan universiteten och "den kliniska vardagen". Den vetenskapliga kunskapsuppbyggnaden både beträffande grundforskning och klinisk forskning omsättes bl.a. tack vare detta, snabbare i kliniskt handlande hos oss än i många andra länder, inklusive de EG-anslutna. Detta är en av orsakerna till att svensk tandvård håller en internationellt erkänd mycket hög standard.

- - - - -

Genom att tandvårdshuvudmännen i framtiden skall ansvara för specialistutbildningen skulle samtliga av fakulteternas ämnesområden kunna erbjudas specialistutbildning. Varje tandvårdsregion (alt. landstingsområde) har då möjlighet att välja den utbildning som bäst motsvarar deras speciella behov. En sådan utveckling skulle till yttermera visso också tillfredsställa önskemålet om "att åstadkomma ett dynamiskt och flexibelt system för kunskapsuppbyggnad och specialiserad utbildning för tandläkare efter tandläkarexamen". En annan fördel är att spekulationer beträffande det framtida vårdbehovet inom olika specialiteter även hos den idag ofödda generationen inte behöver beaktas!

- - - - -

Den stora insats som gjorts via utredningen leder inte fram till några odontologiskt motiverade skäl för att ändra på ämnesområdena inom de specialiteter, som finns idag. Det kan däremot finnas behov av att öka flexibiliteten och att exempelvis kombinera olika ämnesområden.

Lunds universitet, odontologiskafakulteten, institutionen för oral kirurgi och oral medicin: Vilken modell som än väljs måste förutsättningar skapas för att alla vård sökande i landet kan få en odontologiskt högkvalitativ vård. Hörnpelarna för att åstadkomma detta måste vara samverkan mellan olika administrativa/politiska enheter (landsting, kommuner) och utbildningsenheter för att kartlägga det odontologiska special(ist)vårdbehovet och anpassa grundutbildning/efterutbildning (behörighets-/specialist-) därefter. Inte minst regional samverkan torde spela stor roll i en sådan process.

Göteborgs universitet, odontologiskafakulteten: Den svenska tandvården har en erkänt hög standard. Det gäller både den kliniska verksamheten och den odontologiska forskningen. Det har ofta hävdats att en väsentlig förklaring till styrkan i den svenska odontologin är de väl utvecklade kliniska specialiteterna. Specialisterna utgör en utomordentligt viktig förbindelselänk mellan det forsknings- och utvecklingsarbete som försiggår vid de odontologiska fakulteterna och allmäntandvården. Genom samverkan mellan allmäntandvård och specialisttandvård kan tandvårdslagens intentioner uppfyllas. Det är fakultetens bestämda uppfattning att den positiva utveckling som ägt rum inom svensk tandvård till mycket stor del kan hänföras till utvecklingen av de odontologiska specialiteterna. En minskning av antalet specialiteter ser fakulteten därför som en allvarlig nedrustning av tandvården med betydande risker för försämring, både vad gäller omhändertagande av patienter med speciella och komplicerade behandlingsbehov och möjligheter att föra ut ny kunskap till allmäntandvården.

Den snabba kunskapsutvecklingen och en rad andra faktorer leder dock till ett stort framtida efter- och vidarebildningsbehov. Det är därför fakultetens uppfattning att specialisterna är nödvändiga inte bara för att säkra kvaliteten i den framtida tandvården utan också som en viktig resurs i framtida fort- och vidareutbildningsverksamhet. Skall denna efterutbildning kunna bedrivas effektivt och till rimliga kostnader måste den kunna genomföras lokalt såväl som regionalt. Specialisterna utgör i detta sammanhang en given och nödvändig resurs.

Umeå universitet, odontologiskafakulteten: Enligt den nuvarande tandvårdslagen har landstingskommunen ansvaret för specialisttandvården. Därigenom avgör landstingskommunen själv vilken profil man vill ge sin vård. I de fall vårdunderlaget inte rättfärdigar en specialisttjänst finns möjlighet till samverkan mellan landstingskommuner. Vissa specialiteter kan därvid komma att bli regionspecialiteter. De finns således redan nu utrymme för den flexibilitet som utredningen framhåller som väsentlig. (5.1 s. 32).

Mot denna bakgrund blir hela diskussionen om ett ändrat antal specialiteter, behörighetsämnen etc inte relevant. Den enskilda landstingskommunen inrättar själv eller i samverkan med närliggande landstingskommuner de specialisttjänster som den anser sig behöva. Vägledande för landstingskommunerna blir enligt styrelsens synsätt att, med beaktande av ett tillfredsställande vårdunderlag, vården skall vara nära vårdtagaren, vara billig och så organiserad att tillräckliga kunskaper finns och bibehålles inom landstingskommunen. Under de senaste åren har exempelvis flera tjänster i klinisk oral fysiologi (klinisk bettfysiologi) inrättats i landstingskommunerna. Detta är ett uttryck för ett vårdbehov på specialistnivå. Styrelsen anser bl.a. mot bakgrund härav att en översyn bör göras som i stället tar sikte på en ökning av antalet specialiteter.

Stockholms läns landsting: Genom att såväl allmäntandläkare som övrig tandvårdspersonals kompetens ökar, bör därför specialisttandläkarna få en ännu viktigare roll än i dag att utföra särskilt komplicerade behandlingar, konsultationer, undervisning, klinisk forskning och utvecklingsarbete.

Stockholms läns landsting, tandvårdsförvaltningen: Inom både folktandvården och privattandvården finns allmäntandläkare med särskilt intresse för och kompetens att tillgodose särskilda vårdbehov. Ett remissförfarande tillämpas också för att patienterna skall få tillgång till vården. Exempel finns när det gäller att ta hand om tandvårdsrädda patienter, utföra implanteratprotetik och vissa kirurgiska ingrepp. Det nya individuella lönesystemet har underlättat denna utveckling inom folktandvården. Det har skapats en tredje möjlighet att göra "karriär" utan att gå de traditionella vägarna mot administrativt chefsskap eller utbildning till specialist.

Uppsala läns landsting, tandvårdsförvaltningen: För tandvårdens patienter är det viktigt att få nytta av den snabbt ökande kunskapsmassan inom odontologin, något som utredningens förslag, att minska antalet specialiteter från sju till tre, knappast kommer att bidra till. För detta krävs enligt all erfarenhet snarare ytterligare specialisering än minskning av antalet specialiteter. Tandvårdsförvaltningen finner i detta avseende utredningens förslag föga befrämjande för utvecklingen inom tandvården.

Tandvårdsförvaltningen ställer sig därför avvisande till vissa av utredningens förslag till förändringar av nuvarande specialisttandvård men finner andra av utredningens förslag mycket angelägna att genomföra.

Den nuvarande specialiseringen inom tandvården har vuxit fram genom ett upplevt behov.

För en lekman kan det te sig förvånande att det, inom ett anatomiskt så begränsat område som bettet och dess närmaste omgivning, kan finnas utrymme för och behov av ett, relativt sett, så stort antal officiella specialiteter som sju. Ändock förhåller det sig så att inom svensk offentlig tandvård finns, utöver specialister inom de officiella specialiteterna, dessutom "inofficiella" specialister inom ämnesområden som bettfysiologi, samhällsodontologi och tandhäsovård. Delar av den verksamhet som

bedrivs inom sjukhustandvården – tandvård i anslutning till akutsjukvård vid regionsjukhusen – ställer, enligt tandvårdsförvaltningens uppfattning, så stora krav på vidareutbildning och har så stor betydelse för patient-säkerheten inom sjukvården att det är klart befogat att även i detta sammanhang överväga en formell specialistutbildning. Tandvårdsförvaltningen kan mycket väl tänka sig att det inom en nära framtid dessutom upplevs behov av specialister inom geriatrisk odontologi.

Tandvårdsförvaltningen anser således att det är klokt att besluta om ett system för specialisttandvård som medger flexibilitet visavi framtid behov. Det kan inte vara rimligt att med den planeringsperiod utredningen anger – år 2000 – 2025 – vara så detaljerad och bindande som utredningen är. Utvecklingstakten är hög inom odontologin. Åtskilligt kan dessutom hända på lagstiftningens område och när det gäller de ekonomiska villkoren för tandvården.

Tandvårdslagens nuvarande utformning innebär avsevärd frihet för tandvårdshuvudmännen att lösa olika specialisttandvårdsbehov på lämpligt sätt, exempelvis i samarbete med andra landsting. Tandvårdsförvaltningen vill i detta sammanhang nämna att, enligt förvaltningens mening, tandvården i Sverige och i USA internationellt betraktas som föredömen och inte som överspecialiserade system. Jämförelser med EG kan ge upphov till oberättigade funderingar om överstandard i Sverige, som i sammanhanget snarast är att betrakta som ett föregångsland i Europa.

Jönköpings läns landsting: Landstinget anser att specialisttandvården utgör en väsentlig del av det totala tandvårdsutbudet. Av måldokumentet för länets tandvård framgår följande: "I den i augusti 1989 av förvaltningsutskottet godkända tandvårdsplanen "90-talets tandvård i Jönköpings län" finns specialisttandvårdens målsättning beskriven i både generella och detaljerade termer.

Det övergripande målet för såväl allmän tandvård som specialisttandvård är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Specialisttandvårdens delmål är att genom rådgivning och utbildning till allmäntandvårdens personal bidra till att det övergripande målet för all tandvård uppnås samt att diagnostisera och behandla remitterade patienter avseende tillstånd, vilka erfordrar särskild erfarenhet och odontologiskt kunnande.

Odontologiska institutionens delmål avseende utbildning och forskning är att utbilda specialisttandläkare samt, i mån av resurser, medverka i tandvårdsutbildningen inom gymnasieskolan och Hälsohögskolan, att bedriva speciell kursverksamhet samt att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete". Landstinget har tidigt tagit konsekvenserna av detta synsätt och sedan i snart 20 år utbildat specialisttandläkare i en målinriktad systematisk utbildningsgång.

Utredningens planeringsperiod är 20-hundratalet med horisonten 2025. När man arbetar med så långt bort liggande horisont måste förslagen vara flexibla och möjliggöra en successiv anpassning av inriktning och organisation till förändringar i samhälle och sjukdomspanorama.

Kalmar läns landsting: Specialisterna spelar en viktig roll inom tandvårdens utvecklings- och utbildningsarbete. En för utveckling och utbildning intresserad specialistkår är vitaliserande för hela tandvårdsverksamheten i länet och nödvändig för behållandet av en god vårdkvalitet inom hela fältet.

Kristianstads läns landsting: Slutsatsen blir således att det inte är någon välriktad avsikt med att minska antalet specialiteter. Däremot finns det anledning att minska antalet specialister och detta är fullt möjligt genom att landstingen själva får planera sin tandvård utifrån befolkningens behov av vård och det finns då goda möjligheter att tillgodose detta genom att vidareutbilda allmäntandläkaren till en sådan nivå och kompetens så att delar av de arbetsuppgifter som idag utföres av specialister i framtiden kan utföras av allmäntandläkaren.

Örebro läns landsting: Sannolikt torde i framtiden en mycket mera medicinskt inriktad grundutbildning komma att införas, vilket i sig medför ytterligare krav på specialisering och specialistutbildning.

Västmanlands läns landsting: Förvaltningsutskottet anser inte att det finns skäl att använda sig av två begrepp i detta sammanhang, dels specialist och dels behörighetsområde. Utifrån olika aspekter är det bättre att använda specialistbegreppet för alla ämnesområden. Antingen specialist eller också inte. Däremot kan det vara möjligt att göra vissa specialiteter till obligatorium för huvudmannen, medan andra specialiteter kan vara frivilliga beroende på det vårdbehov som skall tillfredsställas.

Jämtlands läns landsting: Jämtlands läns landsting har följande kommentarer och avvikande synpunkter.

- Benämningen specialist eller behörighetsämne är av underordnad betydelse.
- Antalet specialiteter eller behörighetsämnen bör finnas kvar.

- - - -

Att minska antalet specialiteter kan inte vara ett mål i sig. Det viktiga är att avreglera kravet på huvudmännen så att antalet specialiteter – behörighetsområden svarar mot det rådande behovet.

Västerbottens läns landsting: Kunskapsutvecklingen inom den svenska tandvården har enbart inom det senaste årtiondet varit mycket betydande. Det gäller såväl den förebyggande tandvården som införande och utvecklande av nya tekniker, t.ex. implantatprotetik. En stor bidragande orsak till denna positiva utveckling torde vara den specialisering vi hittills haft inom tandvården, kombinerad med forsknings- och vidareutvecklingsarbete inom motsvarande ämnesområden vid våra tandläkarhögskolor.

Norrbottens läns landsting: Det är landstingets åsikt att de nuvarande specialistfunktionerna, genom att ha tillfört (och tillför) kompetens/kunskap till tandvården, haft stor del i den positiva utvecklingen av tandvården i Norrbotten.

Odontologiska institutionen i Jönköping: Framtiden kommer självfallet att innebära förändringar inom tandvården, som kommer att påverka såväl allmäntandvård som specialisttandvård. En ny grundutbildning och en ökad efterutbildning av allmäntandläkarna kommer självklart att i fram-

tiden innebära att dessa kan behandla patienter, som till en del tidigare behandlats av specialister. Det framtida scenariet inom tandvården kommer också att uppvisa behandlingar och åtgärder som är så sällsynta att allmäntandläkaren inte har träning eller kunskaper nog att utföra sådana behandlingar. Redan nu har kraven på den kliniskt verksamme tandläkaren fortlöpande förändrats, Mot denna bakgrund finner Institutionen det anmärkningsvärt att utredningen inte gör någon analys av specialisttandvårdens situation i dag. Utredningen redovisar visserligen hur många specialister som finns inom olika specialiteter och i vilken utsträckning de är yrkesverksamma inom respektive specialitet, men utredningen har inte undersökt i vad mån nuvarande specialisttandvård motsvarar det behov som patienten och tandvården har. En sådan analys torde vara en förutsättning för att kunna lägga ett förslag till vilka specialiteter som bör finnas i framtiden.

Det kan sålunda sammanfattningsvis konstateras att utredningen ej har föregåtts av någon problemanalys. Det hade varit ett rimligt krav att utvecklingen inom specialisttandvården under t.ex. den senaste tioårsperioden först studerats och mot bakgrund av denna därefter presenterat förslag till eventuella förändringar. Det är också anmärkningsvärt att behöva konstatera att utredningen trots omfattande "hearings" med ämnesföreningar och ämnesföreträdare inte i någon större utsträckning tagit till sig deras synpunkter.

Sveriges Tandläkarförbund: Tandläkarförbundets scenario för tiden fram till år 2025 avviker inte särskilt mycket från utredningens. Ålderspyramidens utveckling medför att andelen äldre personer ökar vilket innebär en ökad belastning på tandvården. Vi bedömer det sannolikt att prioriteringar och förändrade finansieringsformer inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården av samhällsekonomiska skäl kan bli nödvändiga.

Framtidens tandvård ur omhändertagandesynvinkel

Framtidens tandvård, sedd från omhändertagandesynpunkt, kommer enligt vård uppfattning att baseras på tre nivåer, representerade av

- legitimerade tandsköterskor
- allmäntandläkare
- specialisttandläkare

På allmäntandläkarnivån skall tandläkaren som ansvarig för diagnostik, behandling och arbetsledning kunna delegera olika arbetsuppgifter till annan tandvårdspersonal utifrån sin uppfattning om dess yrkesskicklighet och förmåga. Av myndigheter uppställda behörighetsregler i yrkesutövningen kommer således att förändras.

Ökade delegeringsmöjligheter skapar i sig förutsättningar för att patienten tas om hand på rätt nivå och att tandläkarens ges ökat utrymme för vidareutveckling av vissa färdigheter, erfarenheter och kunskaper jämte klinik- och metodutveckling. Ökad kunskapsnivå hos allmäntandläkaren skapar i sin tur förutsättningar för ett övertagande av vissa av de arbetsuppgifter som idag åvilar specialisttandläkaren.

Denna förskjutning av arbetsuppgifter från specialist- till allmäntandläkare möjliggör att de förstnämnda kan ägna en del av sitt arbete till efterutbildning av allmäntandläkare, samt till klinik- och metodutveckling.

Den framtida tandvårdens utveckling, kompetensuppbyggnad och kvalitetssäkring förutsätter tillgång på välutbildade allmäntandläkare och specialister över hela det odontologiska fältet.

Framtidens tandvård, utifrån vårdbehovssynpunkt

Det finns ännu så länge ingenting som motsäger påståendet att den förbättrade tandhälsan, som kunnat registreras såväl bland barn och ungdom som vuxna, kommer att bestå och möjligen ytterligare förbättras. Denna förbättring medför att patienterna även i högre åldrar kommer att ha ett stort antal egna tänder, något som i sin tur påverkar vårdbehovet som sådant men även inriktningen av vårdarbetet. Trots denna förbättrade tandhälsa står det klart att en liten grupp personer, oavsett ålder, även i fortsättningen kommer att uppvisa omfattande och komplicerade tandvårdbehov som kräver specialistinsatser.

Framtidens tandvård i vad avser utvecklingsmässiga förhållanden

Planeringsperioden för denna specialistutredning är mera utsträckt än vad brukligt är i utredningssammanhang. Tandläkarförbundet ser inget negativt i detta, tvärtom. Det är dock angeläget att man under angivna förhållanden vidmakthåller en betydande flexibilitet i hela systemet. De olika personalgruppernas numerär måste balanseras mot varandra mot bakgrund av såväl en vid varje tidpunkt tänkt förändring av arbetsfördelningen mellan grupperna som förändringar i tandsjukdomspanoramata. Sverige är på väg mot ett medlemskap i EG. Ingen vet hur tandvårdsområdet i EG som kan gälla vid tidpunkten för Sveriges inträde. Onödiga lösningar i nuläget är således av ondo.

Sveriges tandhygienistförening: STHF anser det ytterst viktigt att värna om vårdkvaliteten inom tandvården. Olika utbildningskonstruktioner som kan äventyra vårdkvaliteten och patientens trygghet i omhändertagandet får ej tillåtas. Avkall får ej göras på den kunskap och kompetens som finns inom tandvården idag utan det är viktigt att verka för att en ytterligare utveckling av tandvården kommer till stånd. Det är angeläget att de olika yrkesgruppernas kompetens breddas och utvecklas, att möjlighet till ämnesfördjupning inom de odontologiska och beteendevetenskapliga områdena finns.

Nuvarande specialisttandläkarkår är en stor resurs inom tandvården. STHF anser att specialisttandläkaren har en stor roll att fylla också i framtidens tandvård. Specialiteten kommer att vara betydelsfull för tandhygienisten i dennes utvecklingsarbete, ämnesfördjupning och fortbildning.

STHF hoppas att den förändrade grundutbildningen för tandläkare kommer att medföra bredare kunskaper för allmäntandläkaren samt ett närmande till vissa delar av dagens specialistkunskaper. Detta är en

mycket bra utveckling. Allmäntandläkaren kommer då att på ett mer påtagligt sätt vara en resurs till tandhygienisten i dennes tandhälsovårdsarbete. På motsvarande sätt som specialisttandläkaren är resurs till allmäntandläkaren bör allmäntandläkaren vara resurs till tandhygienisten.

STHF understryker kraftfullt att vårdkvaliteten inom tandvården måste säkras. Att man inte konstruerar utbildningsmodeller som kan äventyra kunskap, kompetens och vårdkvalitet.

STHF anser tillgängligheten till specialisttandläkarkompetens i hela landet som oerhört viktigt men för den skull inte en nödvändighet inom varje enskild landstingskommun.

Handikappförbunden: HCK vill inledningsvis diskutera uppläggningsen av utredningsarbetet. Enligt utredningens direktiv bör en av utgångspunkterna för utredningen vara de mål som finns angivna i tandvårdslagen om en god tandhälsa och en god tandvård på lika villkor för hela befolkning. Detta är en viktig utgångspunkt för utredningens uppdrag, inte minst med tanke på människor med olika funktionsnedsättningar.

Det är svårt att av rapporten se vad förslagen i utredningen kommer att få för konsekvenser för vuxna med olika funktionsnedsättningar. Vår uppfattning är att det är en stor brist att handikappfrågor inte har behandlats utförligare i betänkandet. Vuxna handikappades behov av specialisttandvård måste vara en viktig aspekt i en utredning av det här slaget. I det sammanhanget anser vi också att sjukhustandvård som specialitet borde ha studerats närmare.

Länshandikapprådet i Jönköpings län: LHR finner det anmärkningsvärt, att utredningen så ensidigt behandlar "problemområdet" specialisttandvård i snäv oral bemärkelse, dvs utredningen avgränsas i stort sett till området tandsjukdomar och -skador. Mera i förbigående berör utredningen – och ett par bilagor – behovet av specialisttandvård, där huvudhandikappet ligger inom helt annat område men ger effekter också på mun- och tandhygien, bitt- och tandstatus – och inte minst för det praktiska omhändertagandet i tandbehandlingssituationen.

I det följande kommer vi att närmare utveckla våra synpunkter på att helhetssynen beträffande den handikappades totala belägenhet också får konsekvenser för och ställer krav på specialiserad tandvård.

Eftersom utredningen haft ambitionen att bedöma utvecklingen på tandvårdsområdet i sin helhet – och behovet av specialistinsatser i synnerhet – under totalt sett en 35-årig planperiod, ser vi också som en stor brist, att inte utredningsarbetet kunnat ta sin utgångspunkt i en "så fullständig analys som möjligt av vilka problem som finns idag inom svensk tandvård"; hur man möter de olika behoven idag och hur det skulle kunna var möjligt att lösa dessa problem i framtiden (jämför sid 19 respektive 103 i utredningen). I en sådan grundlig analys av nuläget borde det ha varit ofrånkomligt att också fånga in olika specifika handikappgruppers behov och göra dem synliga.

Ändrad utformning av specialistutbildningen

Utredningen föreslår att samma modell skall tillämpas för tandläkarnas specialistutbildning som för läkarnas. Detta innebär enligt utredningen att utbildningen skall vara målrelaterad och att all detaljreglering skall tas bort. Vidare föreslår utredningen att utbildningskliniken skall vara godkänd av socialstyrelsen.

Samtliga remissinstanser är positiva till att utbildningen blir målrelaterad och att detaljregleringen avskaffas. Flera remissinstanser har en avvikande uppfattning när det gäller kravet på att socialstyrelsen skall godkänna utbildningskliniken.

Umeå universitet, odontologiskafakulteten: I likhet med vad som är fallet för medicinska specialiteter har utredningen föreslagit att specialistutbildningen skall uppfylla fastställda mål i stället för definierade utbildningstider. Styrelsen finner detta välmotiverat och vill föreslå att en översyn med denna inriktning görs av samtliga odontologiska specialiteter. En sådan översyn bör också innefatta dimensionering av utbildningarna och utbildningstidernas längd. Det är i det senare avseendet angeläget att påpeka att dessa mycket väl kan variera för de olika odontologiska specialiteterna liksom omfattningen av den allmäntjänstgöring efter legitimation, som skall föregå specialistutbildning.

Stockholms läns landsting, tandvårdsförvaltningen: Målrelaterad utbildning

Tandvårdsförvaltningen tillstyrker utredningens förslag till uppläggning av den framtida specialistutbildningen. Detta innebär bl.a. att den nuvarande detaljeringen avskaffas och ersätts av målbeskrivningar. Förvaltningen tillstyrker också att socialstyrelsen i samråd med landstingen fastställer målbeskrivningarna, godkänner utbildningsklinikerna och utfärdar behörighetsbevisen. Inte minst med tanke på de övriga nordiska länderna och EG torde det vara lämpligt att en statlig myndighet fullgör dessa uppgifter.

Uppsala läns landsting, tandvårdsförvaltningen: Tandvårdsförvaltningen delar utredningens uppfattning att specialistutbildningarna bör göras målrelaterade och ej vara detaljreglerade samt att socialstyrelsen skall utfärda behörighetsbevis.

Jönköpings läns landsting: Utredningens förslag till att utbildningen ska vara målstyrd och inte tidsstyrd finner förvaltningsutskottet vara gott. Vi vill framhålla att vid Odontologiska institutionen i Jönköping finns sedan många år ett utbildningsprogram för specialisttandläkare som är uppbyggt kring mål för utbildningen. De bestämmelser beträffande utbildningens längd och organisation som utredningen i övrigt föreslår kan förvaltningsutskottet i stort sett instämma i.

Kristianstads läns landsting: Tandvårdsförvaltningen anser också att målbeskrivningar är ett riktigt grepp i den framtida specialistutbildningen. Dock är det tandvårdsförvaltningens uppfattning att någon form av examination bör ske för att specialister skall utfå sin behörighet. Det garanterar att specialisten i ett ämnesområde har en "kvalitetsmärkning".

Skaraborgs läns landsting: Förslaget till ny specialistutbildning med mindre detaljstyrning och övergång till målrelaterade kunskaper är intressant och överensstämmer med riktlinjerna i den nya specialistutbildningen för läkare. Förvaltningsutskottet biträder de föreslagna generella bestämmelserna för tandläkares specialistutbildning och socialstyrelsen bör, som utredaren föreslår, utfärda specialistbehörighetsbevis.

Kopparbergs läns landsting: Nuvarande uppläggning av specialistutbildningen bygger på att viss tjänstgöring skall fullgöras samt vissa kurser genomgås. Det torde vara en bättre modell att målrelatera utbildningen med ett visst minimikrav i tidshänseende.

Västmanlands läns landsting: Förvaltningsutskottet anser det som mycket tillfredsställande att man har målrelaterad utbildning i stället för tidsbaserad sådan.

Västernorrlands läns landsting: Landstinget Västernorrland förordar en ytterligare avreglering och mindre detaljstyrning så att landstingen bättre kan anpassa specialisttandvården efter sina egna förutsättningar.

Jämtlands läns landsting: Att ersätta detaljreglering av utbildning och tjänstgöring med målbeskrivning ökar flexibilitet och behovsanpassning för den specialiserade tandvården.

Norrbottnens läns landsting: Landstinget anser att målstyrd specialistutbildning är bra. Det ger en möjlighet att anpassa kompetensen till behovet.

Malmö kommun: Den föreslagna uppläggningsen av specialistutbildningen tillstyrks. Dock anser styrelsen att det inte finns behov av att utbildningskliniker skall godkännas av socialstyrelsen. Ej heller behövs något socialstyrelsens godkännande i form av behörighetsbevis.

Landstingsförbundet: Förslaget att införa målbeskrivningar för kunskapsinhämtandet i specialistutbildningen i stället för detaljprogram tillstyrks.

Odontologiska institutionen i Jönköping: Utredningens förslag, att specialistutbildningen av tandläkare skall vara målstyrd och inte tidsstyrd, finner Odontologiska Institutionen vara bra. I Jönköping finns sedan snart 20 år ett utbildningsprogram för specialisttandläkare, som är uppbyggt kring mål för utbildningen.

Sveriges Tandläkarförbund: Den föreslagna uppläggningsen av specialistutbildningen tillstyrks. Tandläkarförbundet finner det värdefullt, att nuvarande detaljreglering av utbildningen ersättes med målbeskrivningar, att utbildningsklinikerna skall vara godkända av socialstyrelsen, samt att denna myndighet utfärdar erforderliga bevis om specialistbehörighet.

Ansvar och kostnaderna för specialistutbildningen

Samtliga remissinstanser som uttalat sig om ansvaret för specialistutbildningen anser att tandvårdshuvudmännen bör ha detta ansvar.

Ett flertal av de remissinstanser som uttalat sig om kostnaderna för specialistutbildningen anser att staten bör svara för kostnaderna för den teoretiska undervisningen.

Stockholms läns landsting: Tandvårdshuvudmännen bör i framtiden ha ansvaret för såväl specialisttandvården som utbildningen. Staten bör i

likhet med vad som gäller för läkares specialistutbildning svara för dessa kostnader.

Uppsala läns landsting: Tandvårdshuvudmännen bör så länge de ansvarar för genomförandet av specialisttandvården ha ansvaret för specialistutbildningen. Staten bör på motsvarande sätt som när det gäller läkarnas specialistutbildning svara för vissa kostnader.

Det bör tydliggöras att det primärt är den enskilde tandvårdshuvudmannen som beslutar om dimensionering och sammansättning av den egna specialisttandvårdsorganisationen.

Uppsala läns landsting, tandvårdsförvaltningen: Tandvårdsförvaltningen anser att det är bra att ansvaret för specialisttandvården – dess innehåll, dimensionering, organisation och utbildning – samlas och att tandvårdshuvudmännen får detta samlade ansvar. Det innebär dock inte, att landstingen själva behöver utföra all specialisttandvård eller alla delar i utbildningen. Såväl privattandvården som de odontologiska fakulteterna kan på samma sätt som är fallet i dag, utföra delar av verksamheterna men då på uppdrag av huvudmännen. Detta avgörs inom landstinget i samband med att tandvårdsplan och budget fastställs.

En framtida ansvarsfördelning mellan staten och tandvårdshuvudmännen skulle kunna vara följande:

Socialstyrelsen svarar för

- o angivande av områden för odontologisk specialitet
- o utbildningskrav inklusive krav på föregående allmäntandvårdspraktik
- o krav på och godkännande av utbildningskliniker
- o uppföljning och utvärdering av specialistutbildning samt huvudmännens utbyggnad av specialisttandvården

Landstingsförbundet svarar för

- o översiktlig planering, dimensionering och samordning av specialistutbildning inklusive ett interkommunalt kostnadsfördelningssystem

Enskilda landsting, förslagsvis ett mindre antal, svarar för utbildning inom en eller flera specialiteter.

Ett antal ytterligare landsting medverkar i specialistutbildningen med "satellitkliniker".

Kristianstads läns landsting: Det är positivt att landstingen själva får ta större ansvar även om det tyvärr medför större kostnader än hittills. Möjligen kan det uppvägas av att allmäntandläkare kan tjänstgöra på specialistkliniker och under sin profilering utföra tandvård inom specialistområdet under kompetent handledning av specialist. Landstingen är kompetenta att dimensionera sin specialistkader och ansvara för att tillräckligt antal specialister finns. Utbildningsmöjligheter skall finnas vid fakulteterna när det gäller allmänna övergripande kunskaper och kan utföras som uppdragsutbildning.

Enligt tandvårdsförvaltningens uppfattning kan således kostnadsförskjutningen från staten till landstingen i viss mån kompenseras av att landstingen suveränt får besluta om antalet specialister och också ansvara för

utbildningen. Förvaltningen förutsätter att kostnaderna kan bestridas inom de ramar som försäkringssystemet erbjuder.

Som tidigare nämnts ligger planeringshorisonten mot år 2025 och det förs ingen diskussion om hur specialistutbildningen skall bedrivas under tiden. Det förutsättes kanske att landstingen själva med utgångspunkt från det liggande förslaget tar tag i specialistutbildningen och driver frågan i samverkan med flera landsting. Det kan te sig naturligt att det blir fyra regioner där respektive fakultet samverkar med närliggande landsting.

Västmanlands läns landsting: Landstinget instämmer med utredningens allmänna utgångspunkter för förslaget.

Att utbildning av specialister blir ett ansvar för tandvårdshuvudmännen och att utbildningen beträffande vissa delar sker i samverkan med de odontologiska fakulteterna.

Jämtlands läns landsting: Ansvaret för utbildningen och dimensioneringen kan ligga på landstingen. Kostnadsfördelningen mellan staten och tandvårdshuvudmännen måste klaras ut.

Landstingsförbundet: Styrelsen delar uppfattning att landstingen själva skall svara för dimensionering och genomförande av specialistutbildningen. Däremot bör staten bidra med medel till de teoretiska kurserna i likhet med vad man gör under läkarnas specialiseringstjänstgöring.

Harmonisering med EG

Samtliga remissinstanser som har uttalat sig i denna fråga anser att det är väsentligt med en harmonisering med EG:s regelsystem. Flera av remissinstanserna har uttalat att det är viktigt att följa den fortsatta utvecklingen inom EG inom detta område, då diskussionerna inom EG inte har avslutats.

Karolinska instituter: Vägledande bör också vara en EG-anpassning av specialistutbildningen. Detta gäller ju redan för oral kirurgi och ortodonti och detta bör fullföljas för eventuellt nyttillkommande specialiteter.

Uppsala läns landsting, tandvårdsförvaltningen: Tandvårdsförvaltningen anser sig kunna konstatera att utredningens beskrivning av förhållandena inom EG i vissa stycken, exempelvis när det gäller oral kirurgi, är felaktig.

Förvaltningen anser det därför viktigt att en kompletterande analys av förutsättningarna för EG-anpassning av den svenska specialistutbildningen görs.

Jönköpings läns landsting: Utredningen har studerat specialistbestämmelserna i EG. Enligt uppgift är dessa föremål för diskussion inom EG-länderna och information pekar på att antalet specialiteter kommer att öka. Förvaltningsutskottet anser att Sverige mycket väl kan ha fler specialiteter än EG om behov föreligger, men det är viktigt att den svenska utbildningen inom de specialiteter som blir gemensamma, får en sådan uppläggning att de ger kompetens inom EG-området.

Skaraborgs läns landsting: Utskottet instämmer slutligen i att samordning och anpassning mellan de nordiska länderna och EG-länderna är väsentliga

inför ställningstagande till den framtida specialistutbildningen inom tandvården.

Odontologiska institutionen i Jönköping: Arbetet med att utforma bestämmelserna för specialiteter inom EG har just påbörjats. Varken utbildningens längd eller vilka specialiteter, som skall finnas inom EG, har fastställts. Mot den bakgrund synes avsnittet i utredningen vara mycket osäkert skrivet. Här bör man ta förnyad kontakt med de organ inom EG, som arbetar med frågorna och även avvakta utvecklingen. Vi finner ej heller något hinder till att det i framtiden i Sverige, förutom de av EG accepterade specialiteterna, även kommer att finnas ytterligare specialiteter mot bakgrund av den utveckling och framförhållning, som alltid präglat svensk odontologi i jämförelse med omvärlden.

Sveriges Tandläkarförbund: Arbetet med att utforma utbildningsbestämmelser för specialiteter inom EG-länderna pågår. Varken utbildningens längd eller utformning inom EG har definitivt fastställts. Mot den bakgrunden synes avsnittet i utredningen vara mycket tendentiöst. Här bör man ta förnyad kontakt med de organ inom EG som arbetar med frågorna och även avvakta utvecklingen.

Svenska tandsköterskeförbundet: En strävan för EG i stort borde vara att höja sig till Sveriges höga nivå vad gäller utbildning/specialistutbildning, tandhälsovård/allmäntandvård och specialisttandvård, ej att gå tillbaka i utvecklingen för att möta en eventuell EG-anpassning.

Vilka kunskapsområden bör utgöra specialiteter?

Utredningen föreslår att följande kriterier skall användas vid prövningen av vad som i framtiden skall anses vara en specialitet inom tandvården:

A. Specialistområdet skall vara ett väl avgränsat, kliniskt verksamhetsområde.

B. Inom verksamhetsområdet bedöms behoven hos ett större antal patienter vara sådant att allmäntandläkarna inte kan förväntas ha kunskaper eller färdigheter att utföra behandlingen av dessa patienter.

C. Inom aktuellt verksamhetsområde bedöms vidare förhållandena vara sådana att allmäntandläkare i stor utsträckning saknar möjlighet att konsultera mer erfaren och mer kompetent allmäntandläkare vad gäller mindre vanliga sjukdomstillstånd eller skador resp. bettavvikelser.

D. För att kunna utföra mer komplicerade behandlingar inom verksamhetsområdet behövs flerårig utbildning och klinisk träning under handledning.

Utredningen föreslår följande specialiteter:

1. Ortodonti
2. Oral kirurgi
3. Oral rehabilitering.

Följande instanser tillstyrker utredningens förslag till specialiteter: *Kronobergs läns landsting, Blekinge läns landsting, Värmlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Malmö kommun, Gotlands kommun och Landstingsförbundet.*

Flera av de remissinstanser som tillstyrker utredningens förslag pekar samtidigt på att den föreslagna specialiteten oral rehabilitering blir bred och att tre års utbildning inte kommer att vara tillräcklig. Flera remissinstanser förutsätter en subspecialisering, t.ex. oral rehabilitering med parodontologi.

Flera av dessa remissinstanser pekar på att vinsterna ur samhällsekonomisk synvinkel medför en risk för kvalitetssänkning inom tandvården.

Ett ofta förekommande argument för få specialiteter är att det ger huvudmannen stor frihet att utifrån lokala behov bestämma vilka specialiteter som skall inrättas.

Följande instanser avstyrker eller är tveksamma till utredningens förslag: *universitets- och högskoleämbetet, statens strålskyddsinstitut, statens handikappråd, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Odontologiska institutionen i Jönköping, Sveriges Tandläkarförbund, De Handikappades Riksförbund, Handikappförbunden, samtliga professorer i Diagnostisk Radiologi i Sverige, Föreningen för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar i Hallands län, Läns-handikapprådet i Jönköpings län, Nordisk Förening för Handikapptandvård – svenska sektionen, Svensk Förening för Medicinsk Radiologi och Tandvårdsskadeförbundet.*

Vissa av dessa remissinstanser anser att enbart två av de föreslagna specialiteterna, ortodonti och oral kirurgi, bör vara obligatoriska för huvudmännen. I övrigt bör huvudmännen kunna bestämma vilka specialiteter som bör vara representerade inom huvudmannaområdet. I något fall anser remissinstansen att även för icke obligatoriska specialiteter bör socialstyrelsen kunna utforma målbeskrivningar etc.

Även flera av dessa remissinstanser anser att den föreslagna specialiteten oral rehabilitering är för omfattande och omöjlig att kompetensmässigt nå inom en realistisk specialistutbildningstid.

Vissa landsting accepterar utredningens förslag till tre specialiteter men vill dessutom ha ytterligare en specialitet. *Sörmlands läns landsting, Bohuslandstinget och Gävleborgs läns landsting* vill ha oral röntgendiagnostik som specialitet och *Älvsborgs läns landsting* pedodonti.

Lunds universitet, odontologiska fakulteten: Däremot avstyrker vi förslagen om reduktion av nuvarande antal specialiteter. För sådana bedömningar krävs en helt annan djupanalys och faktainventering än vad utredningen har presenterat. Detta understryks också i yttrandena från flertalet ämnesföreträdare.

Avdelningen för endodonti: Utredningens förslag innebär en mycket genomgripande förändring av den nuvarande specialistverksamheten och ett sådant förslag bör föregås av en mycket noggrann analys. Utredningen anger inledningsvis under punkt 2.4 hur en sådan analys skall genomföras, men konstaterar sedan att utredningstiden och resurserna ej tillåter en så fullständig analys av problemen. Slutsatsen av detta kan bara bli att

utredarna valt att föreslå denna genomgripande förändring av specialisttandvården trots att de varit medvetna om det bristande underlaget.

Beträffande rotbehandling så tar utredarna i punkt 2.4 upp just denna specialitet som ett exempel på hur viktigt det är att genomföra den problemanalys som man sedan valt att inte genomföra. I punkt 16.3 beskrivs nuläget baserat på några epidemiologiska utredningar. Men här undviker utredarna att diskutera endodontin trots att det i dessa undersökningar rapporteras betydande brister i kvalitén på den endodontiska vård som utförs av allmänpraktiserande tandläkare, jämfört med den vård som utförs på tandläkarhögskolorna och på specialistklinikerna.

Att utredarna trots allt är medvetna om denna problematik framgår av punkt 19.3.5, där man noterar att ovan nämnda skillnad i endodontisk vårdkvalité mellan allmäntandläkare och specialister skulle kunna motivera att rotbehandling bibehålls som specialitet. Men i nästa mening konstaterar utredarna att detta inte är realistiskt eftersom patienten måste kunna få den endodontiska behandlingen utförd på sin hemmaklinik på grund av att flera patientbesök ofta krävs! Förutom att vi anser att denna motivering är mer tillämplig på ortodonti och oral rehabilitering så är vi mycket tveksamma till utredarnas lösning, nämligen att vissa av allmäntandläkarna skall fördjupa sina kunskaper så de blir kapabla att utföra endodontisk specialistvård. Även utredarna anser att den endodontiska behandlingen i framtiden kommer att bli mer komplicerad än idag, och eftersom en mycket stor del av Sveriges tandläkarpraktiker är 1- eller 2-mans-kliniker torde detta betyda att merparten av Sveriges tandläkare måste genomgå dessa fördjupningskurser för att säkerställa säkerhetsaspekten på den endodontiska behandlingen från patientens synpunkt.

Vi delar utredningens uppfattning att den nya grundutbildningen troligen gör att de nyutbildade tandläkarna i framtiden kommer att ha bättre förutsättningar, än vad som gäller idag, för att ha en helhetssyn på patienternas orala problem. Men vi är mycket tveksamma till om den nya grundutbildningen kommer att innehålla lika mycket klinisk träning i endodonti som den nuvarande. I utredningen "Utbildningar för framtidens tandvård" framförs motsvarande tankegångar. "Allt mer utbildning måste rymmas inom befintliga ramar. Innehållet i varje kurs i de odontologiska utbildningarna måste därför fortlöpande omprövas (läs krympas). Undervisning som syftar till stora kunskaper eller stor färdighet inom något specialområde kommer troligen inte att rymmas inom den tillgängliga tiden utan bör hänföras till specialistutbildningen" (SOU 1989:28, sid 72).

Beträffande den föreslagna specialitén i oral rehabilitering så anges avgränsningen i punkt 22.4.1. När vi läser denna blir vi tveksamma till om specialitén uppfyller kriterium A: "Specialistområdet skall vara ett väl avgränsat, kliniskt verksamhetsområde". Vi är dessutom mycket tveksamma till om någon, på den avancerade nivå som en specialistkompetens innebär, tillfredsställande kan behärska detta vittomfattande verksamhetsområde, som bl.a. inkluderar tre nuvarande specialistområden. Utredningen har tydligen känt samma tveksamhet eftersom man föreslagit möjligheten till en profilering mot parodontologi. Som ett alternativt

förslag skulle vi kunna tänka oss att dn föreslagna specialitén oral rehabilitering ges tre underprofiler, nämligen endodonti, oral protetik och parodontologi med väl definierade avgränsningar och målsättningar.

Institutionen för odontologisk röntgendiagnostik: Den odontologiska röntgendiagnostikens framtida värde inom tandvården bestäms först och främst av det framtida sjukdomspanoramats och utvecklingen av nya behandlingsmetoder. Det föreligger nämligen en betydelsefull växelverkan mellan utvecklingen av diagnostiska metoder och nya och bättre behandlingsmetoder.

Således fordrar de av utredningen föreslagna tre specialiteterna högteknologisk röntgendiagnostik eller snarare högteknologisk diagnostik med hjälp av bildgivande metoder. Utvecklingen mot mera högteknologiska behandlingsformer har redan satt sina spår på de odontologiska röntgenklinikerna, som under de senaste åren har fått mottaga allt fler patienter för mer komplicerade utredningar inför sådan behandling. Exempel på ett sådant område är utredning av patienter före KBF-behandling som kräver högteknologisk apparatur och framförallt ett diagnostiskt kunnande om hur dessa bilder skall tolkas. Ett annat område är utredning av smärtpatienter, där den diagnostiska erfarenheten är oerhört viktig och där högteknologisk apparatur (magnetresonanstomografi) kan vara till stor hjälp.

Institutionen för paradontologi: De förhållanden som kommer att göra sig gällande inom den närmaste 5-10 års perioden avseende parodontiförekomsten särskilt hos äldre är inte analyserade i tillräcklig grad. Det är sannolikt att tendensen till att bevara tänderna högt upp i åldrarna, vilket kan utläsas av de epidemiologiska studier som nyligen presenterats, leder till att parodontologiska behandlingsproblem blir allmänt förekommande, särskilt hos äldre. Möjligheterna till framgångsrik behandling av parodontit har under senare år förbättrats. En rad tekniker för regeneration av de parodontala vävnaderna är under utprövning. Vissa av dessa metoder har också förts ut i det kliniska arbetet. Den tekniska och biologiska utvecklingen kommer med säkerhet att betyda framtagning av metoder för inducerad läkning av parodontala skador. Dessa metoder involverar bl.a. mikrokirurgiska åtgärder och manipulation av vävnader. Ingreppen kräver ingående teoretiska kunskaper och kliniska färdigheter för att kunna genomföras med fullgott resultat. Dessa behandlingar kan inte förväntas kunna klaras av allmäntandläkare. Möjligheterna att handlägga s k riskpatienter förbättras år från år. Analyser, bedömningar och behandling av dessa patienter involverar ofta laboratorie, farmakologiska och kliniska åtgärder. Bedömningar, som är relevanta, i relation till de variationer som förekommer i vävnaderna anatomi och biologi såväl som i patienternas psykologi och allmäntillstånd förutsätter en utbildning hos klinikern på specialistnivå. Dessa innebär specialistutbildning systematisk träning i att bedöma vetenskaplig information, överföra sådan information till kliniska åtgärder och följa upp resultatet. Det vore djupt beklagligt om den starka vetenskapliga profilen som har byggts upp inom parodontologi under de senaste 25 åren skulle gå förlorad som följd av att parodontologi slopas som specialitet. Möjligheterna för yngre tandläkare att ägna sig forsk-

ningsmässigt åt parodontologi begränsas avsevärt om ämnet avlägsnas som specialitet. Svensk parodontologis internationella profil skulle också lida stor skada om ämnet ej längre är erkänt som specialitet.

Institutionen för oral kirurgi och oral medicin: För att kvaliteten av den odontologiska vården i framtiden skall hållas på en hög nivå kommer det att krävas specialkunniga odontologer inom en rad kliniska områden förutom de nu förslagna specialiteterna. Jag är en av den uppfattningen att det framledes kommer att behövas speciellt kunniga personer inom t.ex. parodontologi, endodonti, cariologi, bettfysiologi, oral medicin, sjukhustandvård, pedodonti, gerodonti för att nämna några. Alla dessa kommer att behöva en betydande vidareutbildning för att bli en resursförstärkning. Mot bakgrund av det tror jag inte det är meningsfullt att "klumpa samman" några få till en mycket artificiell specialitet som oral rehabilitering. Denna specialitet synes mig vara tillkommen till stor del av ekonomiska hänsyn.

Institutionen för protetik: Någon större flexibilitet för ett framtida ändrat vårdbehov torde den skisserade specialiteten ej heller erbjuda – lika lite som mindre sårbarhet vid eventuella vakanser. Snarare kan misstänkas att det skisserade ämnesområdet mycket snart kommer att visa sig alldeles fört stort mot bakgrund av utvecklingen inom de olika ingående ämnesområdena. Troligen kommer detta att innebära att specialisterna mycket snart kommer att inrikta sig på en liten del av ämnet för att inom detta område kunna hålla sig ajour med utvecklingen. Någon vinst i form av ökad flexibilitet kommer därvid inte att göras vid ett framtida ändrat vårdbehov – specialisten kommer att ha inriktat sig mot en subspecialitet och kan lika lite som idag förväntas ändra inriktning. Det är vår uppfattning att mot bakgrund av det ökade informationsflödet i framtiden detta kommer att vara närmare verkligheten än utredningens uppfattning, och vi anser därför att specialiteten "Oral rehabilitering" redan från början bör ges två inriktningar:

- * en rekonstruktiv (protetik) och
- * en profylaktisk (parodontologi).

Denna uppfattning motsäger dock på intet sätt utredningens uppfattning att de blivande specialisterna ges en i stora delar gemensam grundutbildning.

Skulle ett framtida behov av en specialinriktning mot endodonti visa sig önskvärd kommer enligt vår uppfattning specialiteten i enlighet med detta resonemang – att behöva ges tre inriktningar.

Institutionen för klinisk bettfysiologi: Bettfysiologi anses ej uppfylla alla kriterier för att vara specialitet. Utredningen menar att kriterie B och C saknas. Vad gäller B stödjer man sig på studier som uppvisar lågt behov av bettfysiologisk vård, trots att andra epidemiologiska studier visat hög prevalens av svåra dysfunktioner. Epidemiologiska studier av kronisk smärta har nyligen presenterats med en prevalens upp till 40 % i populationen. I dessa studier har också klart konstaterats att den största orsaken till kronisk smärta är av muskuloskeletal natur. Denna typ av smärtproblem i huvud-halsregionen arbetar bettfysiologen med dagligen och

stundligen. Vid forskningens dag vid Lunds universitet november 1990 presenterades siffror beträffande förtidspensioneringar: 55 000 personer år 1988 varav 45 % hade sjukdomar i det muskuloskeletala systemet.

I en kontrollerad studie från Finland kunde efter 1 år en minskning av sjukskrivningsfrekvensen konstateras bland personer med muskuloskeletala smärtproblem i huvud-halsregion, vilka erhållit bettfysiologisk behandling. Ovannämnda påpekanden talar starkt för att klinisk bettfysiologi bör vara en specialitet. Vad gäller C kan man ej förvänta sig att allmäntandläkaren har kunskaper i reumatologi, medicinsk rehabilitering, ortopedi, farmakologi, neurologi, psykolog/psykiatri, vilka är kunskapsområden som klinisk bettfysiologi till viss del omfattar i sin behörighetsbeskrivning. Klinisk bettfysiologi får väl anses uppfylla kraven A, B, C och D för att därmed vara en specialitet.

Ett flertal specialisttjänster inom ämnesområdet klinisk bettfysiologi finnes inom flera landstingsområden och dessa specialister har stor efterfrågan på vård och utbildning inom sitt kunskaps- och geografiska område.

Det är min bedömning att klinisk bettfysiologi bör vara en odontologisk specialitet.

Göteborgs universitet: Den föreslagna specialiteten i oral rehabilitering är enligt fakultetens uppfattning en orealistisk konstruktion. Den torde vara mycket svårt att inom rimlig tid utbilda tandläkare till att på specialistnivå kunna behärska alla de områden, som förutsättes ingå denna specialitet. Det kan också ifrågasättas om den utbildade specialisten kommer att ha intresse eller förmåga att genomföra alla de undersökningar och behandlingar, som skall ingå i kompetensområdet.

Statens strålskyddsinstitut: SSI har vid sina inspektioner genom åren sett så mycket okunskap inom områdena röntgenteknik och framkallningsteknik (som ju är oerhört väsentliga för den slutliga diagnosen) att institutet ser det som önskvärt med en kvalitativt hög vidareutbildning av tandläkarna inom området odontologisk radiologi.

För att tandläkarkåren skall kunna hänga med i den snabba utvecklingen inom radiologin, få grepp om nya metoder att diagnostisera sjukdomar och för att efter- och vidareutbilda sig, krävs specialiteter inom området.

Vad kriterier B beträffar gäller för framtiden än mer än idag att allmäntandläkaren *inte* kan förväntas ha kunskaper eller färdigheter att med nya tekniker diagnostisera patienter med nya sjukdomspanorama.

Vad gäller kriterie C kommer allmäntandläkaren i framtiden helt sakna möjlighet att konsultera mer erfaren allmäntandläkare bl.a. på grund av att utvecklingen gått ifrån "de mer erfarna" som i de allra flesta fall inte haft varken tid eller intresse att vidareutbilda sig inom det radiologiska området och inte heller haft möjlighet att "på försök" skaffa sig ny radiologisk utrustning.

Risken att odontologisk radiologi i Sverige kommer att stagnera i sin utveckling är uppenbar. Risken för att allmäntandläkaren skall sakna möjlighet till vidareutbildning är också uppenbar.

Ur strålskyddssynpunkt är specialisterna en stor tillgång för såväl landstingens som de privatas kliniker. Finns inte specialister i odontologisk

röntgendiagnostik tillgängliga i framtiden löper man stor risk att kvaliteten på röntgenarbetet allvarligt försämras. – Detta får bl.a. till följd att patienter och personal får högre stråldosbelastning än de får idag. Detta vore synnerligen olyckligt eftersom strålskyddsinstitutet i sin strävan att sänka stråldosbelastningen till svenska folket haft och kommer att ha stor hjälp av de odontologiska röntgenspecialisterna.

Under den senaste 10-årsperioden har, bl.a. med deras hjälp, dosbelastningen till befolkningen orsakad av odontologisk röntgendiagnostik sjunkit med mer än 50 %.

Får man i framtiden inte möjlighet, på grund av att det saknas specialister, att tillgodogöra sig nya tekniker och nya metoder vore det otillfredsställande ur strålskyddssynpunkt.

Man skall alltså se den odontologiska röntgenspecialisten som

- arbetare inom ett väl avgränsat verksamhetsområde, med flerårig utbildning bl.a. för att utföra mer komplicerade undersökningar,
- förmedlare av kunskaper och färdigheter inom området till allmäntandläkare. Denne kan inte med dagens kunskap och teknik ställa rätt och fullständig diagnos vid alla undersökningar,
- den som allmäntandläkaren kan konsultera när det gäller
 - a) mindre vanliga sjukdomstillstånd
 - b) nya tekniker
 - c) uppehållande av hög kvalitet i arbetet
- pådrivare och konsult åt tandläkare och övrig personal inom hela tandvårdsområdet när det gäller
 - a) vidareutveckling inom området
 - b) vidareutbildning och efterutbildning
 - c) kontroll av kvalitén på arbetet
 - d) strålskyddsfrågor

SSI skulle alltså se det som mycket olyckligt och ett steg tillbaka i utvecklingen om specialiteten odontologisk röntgendiagnostik försvann.

Statens handikappråd: Specialiteten Barntandvård har stor betydelse. Det gäller många barn med funktionshinder. Statens handikappråd kan ej uttömmande angiva för vilka barngrupper den är särskilt viktig. Det hade emellertid Utredningen om tandläkarnas specialutbildning bort göra. Eftersom det icke gjorts, saknar utredningen underlag för sitt förslag. Frågan är ej utredd.

Statens handikappråd vill, närmast som exempel, angiva barngrupper, som i särskilt hög grad behöver specialistresurser.

En sådan grupp är barn med cerebral pares. Ju mer omfattande skadan är, desto större är behovet av kvalificerade resurser. Härmed är också sagt, att barnen med ytterligare funktionshinder ännu mer än andra, för god tandbehandling behöver Barntandvård som specialitet. Barn med cerebral pares är ofta även psykiskt utvecklingsstörda. Statens handikappråd anser det viktigt, att sådana barn får behålla Barntandvården som specialitet.

Det som sagts om barn med cerebral pares gäller även andra barngrupper. Några av dessa är barn med ryggmärgsbräck och barn med

muskelsjukdomar. Kommittén utvecklar hur, enligt dess uppfattning specialiteten Barntandvård kan ersättas med utbildning för tandläkare, med större resursutnyttjande och med förbättrade metoder för diagnostik och behandling. Statens handikappråd kan ej övertygas om att sådana åtgärder – annat än på mycket lång sikt – kan ge barnen god behandling utan specialiteten Barntandvård.

För många fler barngrupper gäller det förda resonemanget. Ytterligare exempel är kortväxta exempel är kortväxta barn och barn med benskörhet. Det är icke möjligt att idag tänka bort från specialiteten Barntandvård. Frågorna är långt ifrån enbart odontologiska i begreppets begränsade mening. Inom specialitetsområdet kan samlas och koncentreras psykologiskt kunnande och erfarenhet om funktionshinder, som är nödvändiga för god behandling av sköra och rädda barn.

Specialiteten Barntandvård behöver tid på sig för att utveckla sitt kunnande och sina möjligheter att hjälpa barn med omfattande funktionshinder. Tiden är långt ifrån inne att utmönstra denna viktiga resurs.

Förslaget avstyrks.

Stockholms läns landsting: Tandvårdslagen bör ändras så att landstingets obligatoriska ansvar för vård och utbildning begränsas till specialiteterna ortodonti (tandreglering) och oral kirurgi. Dessa specialiteter är också de enda som finns i alla nordiska länder och EG.

I övrigt bör de nuvarande sju specialiteterna barntandvård, tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar, rotbehandling, oral protetik och odontologisk röntgendiagnostik behållas och antalet eventuellt utökas. det senare för utvecklingen visa. I Stockholms läns landsting har t.ex. två kliniker upprättats inom bettfysiologi, som idag ej är en officiellt erkänd specialitet.

Utredningens förslag om en ny specialitet oral rehabilitering avstyrks med motivering att skillnaden mellan en specialist i oral rehabilitering och vidareutbildade allmäntandläkare blir för små. Det gäller att värna om specialistbegreppet och att göra det tydlig i förhållande till en allmän kompetenshöjning av bl.a. allmäntandläkare.

Stockholmsläns landsting, tandvårdsförvaltningen: Utredarna räknar med att de framtida specialisterna i oral rehabilitering kan komma att särskilt inrikta sig mot ett av de två delområden som specialiteten avses innefatta, nämligen oral protetik och tandlossning. Förmodligen skall särskild inriktning även kunna ske mot rotbehandling och bettfysiologi.

Utredarna anser sålunda att de nuvarande specialisterna som föreslås bli sammanslagna, även i framtiden bör representeras av olika experter inom de olika nuvarande specialitetsområdena. Paralleller dras med den finska tandvården där klinisk tandvård är en specialitet.

Tandvårdsförvaltningen gör den bedömningen att om klinisk tandvård eller oral rehabilitering kallas för specialitet, så ställs specialistbegreppet på huvudet och det blir närmast fråga om att införa en ny kategori allmäntandläkare. Detta rimmar dåligt med en av utredningens grundprinciper, att allmäntandläkarnas kompetens skall höjas generellt och att profilering

skall förekomma. Skillnaderna mellan en specialist i oral rehabilitering och vidareutbildade allmäntandläkare blir för små.

När vårdbehovet motiverar det och ett större antal tjänster med särskilda kompetenskrav inrättats inom ett visst verksamhetsområde, ligger det i landstingens egna intresse att på ett enhetligt sätt bedöma vilka kompetenskraven bör vara för sådana tjänster. Detta kan då ske genom att en specialitet inrättas.

Tandvårdsförvaltningen har inget att invända mot att socialstyrelsen i sådant fall i samråd med tandvårdshuvudmännen anger den erforderliga kompetensen, gör målbeskrivningar för den utbildning som behövs och även utfärdar kompetensbevisen.

Det får sedan ankomma på landstingen att om det behövs, själva utbilda eller uppdra åt andra att anordna utbildning. Det blir med denna ordning inte en av staten föreskriven skyldighet för landstingen att ordna utbildning inom alla områden som är eller blir specialiteter.

Eftersom det baserat på vårdbehovet inrättats ett förhållandevis stort antal tjänster inom de nuvarande sju specialiteterna bör dessa bibehållas. Tandvårdsförvaltningen kan också tänka sig att ytterligare specialiteter inrättas, exempelvis i bettfysiologi. Folk tandvården i Stockholm har inrättat befattningar inom alla specialiteterna och dessutom i bettfysiologi, tandhälsovård och samhällsodontologi.

Tandvårdsförvaltningen har uppfattningen att vårdkvaliteten på sikt bäst gagnas om det även i framtiden finns tillgång till specialisttandläkare med många olika inriktningar för att utföra särskilt komplicerade behandlingar, konsultationer, undervisning, klinisk forskning och utvecklingsarbete. För den vårdsökande, som vänder sig direkt till en privatpraktiserande specialist, är det också en fördel om dennes kompetensområde är tydligt angivet.

Uppsala läns landsting: När det så gäller specialitetsbegreppet inom odontologin begränsar utredningen detta till att omfatta enbart rent kliniska ämnen och bortser härvid från den utveckling som sker inom andra delar av odontologin på samma sätt som inom de ej direkt patientvårdande medicinska områdena. Nya diagnostiska och terapeutiska metoder utvecklas kontinuerligt inom områden som t.ex. oral mikrobiologi, oral patologi och geriatrisk odontologi.

En bättre beskrivning av specialistbegreppet för tandläkare vore att, i likhet med LSU 85 (Utredningen om läkares specialistutbildning m m), använda beteckningen specialitet för ett avgränsat odontologiskt kunskapsområde och beteckningen specialist för en tandläkare som uppfyller uppställda kompetenskrav inom något av dessa områden.

Samma reflektion gör tandvårdsförvaltningen när det gäller utredningens förslag att transformera specialiteterna barntandvård och odontologisk röntgendiagnostik till "behörighetsområden". Det senare förslaget innebär med stor sannolikhet försämrade möjligheter när det gäller att intressera tandläkare för att vidareutbilda sig inom dessa mycket angelägna områden.

Inom odontologin, liksom på många andra områden sker en snabb kunskapsstillväxt vilket gör att den kunskapsmassa som skall behärskas av en specialist snarare ökar än minskar. Detta förhållande talar knappast för

en minskning av utbildningstiden för en specialist – ej heller för en minskning av antalet specialiteter.

Östergötlands läns landsting: I en framtida specialisttandvård torde en utveckling av dagens oral kirurgi mot maxillo-facial kirurgi vara sannolik. Detta förutsätter emellertid en till stora delar gemensam utbildning för tandläkare och läkare, alternativt dubbelutbildning. Det bör därför i detta sammanhang konstateras att en ny modell av utbildning av framtida tandläkare och läkare i år genomförts genom att Sundhedsvidenskabligen fakultet bildats i Köpenhamn. Inom denna fakultet kombineras i en gemensam utbildning ämnesområdena medicin, odontologi och humanbiologi. Det är bara att konstatera att denna modell för EG som nu genomförts inte beaktats i utredningen om specialisttandvården i framtiden.

Utredningens förslag om en framtida specialitet i oral rehabilitering är intressant. Oral rehabilitering torde i allt väsentligt likna den finska specialiteten i klinisk tandvård som prövas i en tre-årig specialistutbildning. I den finska modellen finns så gott som alla ämnesområden av betydelse för vuxentandvård samlade i denna gemensamma specialistutbildning. Under sista året i en sådan utbildning erbjuds en sub-specialisering inom särskilt ämnesområde t.ex. oral protetik, parodontologi. Huvudinriktningen ska dock vara oral protetik.

Det är svårt att utifrån dagens erfarenheter uppfatta att en gemensam specialitet oral rehabilitering ska kunna utvecklas ur tidigare specialiteter och behörighetsområden med den stora volym av kunnande och erfarenhet som därvid krävs. Möjligheten av en sådan utveckling i längre perspektivet ska dock inte negligeras, men det förutsätter sannolikt en delvis ändrad grundutbildning för tandläkare.

Ämnesområdena med särskilda riktlinjer: utredningens förslag att bryta ut två idag existerande specialiteter, barntandvård och odontologisk röntgendiagnostik, till ämnesområden med särskilda riktlinjer är knappast meningsfullt. Förslaget torde mera ha dikterats av behovet att begränsa antalet framtida specialiteter. Ett koncept liknande dagens behörighetsområden har därvid skapats, tyvärr till tveksam nytta.

Jönköping läns landsting: Utredningen föreslår på grundval av de kriterier som uppställts och det teoretiska resonemang som förts, att antalet specialiteter ska begränsas till tre. Som vi redan framhållit bör indelningen i specialiteter grunda sig på patienternas och tandvårdens behov. Då det uppenbarligen utifrån de erfarenheter landstinget i dag har, finns behov av nuvarande specialiteter bör dessa tills vidare bibehållas. Dessutom vill landstinget föreslå att utöver tidigare specialiteter även ämnesområdet "klinisk bettfysiologi" blir specialitet.

Om utredningens förslag om specialiteten oral rehabilitering kvarstår, vill förvaltningsutskottet påpeka att specialiseringen tycks bli mycket teknisk och inriktad på rekonstruktiv tandvård. De stora tandsjukdomarna har bakteriell bakgrund. Skall odontologin ha endast ett fåtal specialiteter bör en vara inriktad på kunskapen om tandsjukdomarnas förlopp och deras prevention.

Kristianstads läns landsting: Ortodonti och oral kirurgi är helt självklara ämnesområden, klart avgränsande från allmäntandvården. Vad beträffar ämnesområdet oral rehabilitering visar det sig vid närmare genomläsning att under denna specialitet döljer sig en variationsrik meny av så kallad subspecialiteter. Hit skulle oral protetik, parodontologi och endodonti hänföras liksom andra intressanta ämnesområden som ej är specialiteter i dag bettfysiologi och oral medicin/biologi. Landstinget skulle kunna ha en samlad specialistklinik, som skulle kunna tillgodosse patienternas multipla behov.

Tandvårdsförvaltningen har inget att erinra mot att tandreglering och oral kirurgi även fortsättningsvis får vara specialiteter inom tandvården. Beträffande ämnesområdet oral rehabilitering anser nämnden att det först och främst kan ifrågasättas om nomenklaturen är särskilt välvald. Den associerar i förstone till oral protetik. Skall denna specialitet finnas kvar i enlighet med utredningsförslag är ett namnbyte på sin plats. Ämnesområdet bör ges en benämning som också hänsyftar på tandsjukdomarnas etiologi och patogenes och ej enbart på den reparativa insatsen. Det är därför tveksamt om de nuvarande specialiteterna skall utgå för att ersättas av oral rehabilitering som tveklöst för tankarna till oral protetik. Det finns goda skäl för att bibehålla parodontologin som egen specialitet framöver. Analogt härmed kunde kariologi få egen specialitet medan endodontin med fördel kunde uppgå i detta ämnesområde. Oral protetik kan mycket väl få inrymmas under oral rehabilitering med därtill hörande bettfysiologi m.m.

Barntandvårdsspecialiteten har enligt vår mening en given plats i landstingsorganisationen och ämnesområdet skall ej försvinna. Det är en halvmesyr att enbart ha det kvar som kompetensområde.

Oral röntgendiagnostik är ett viktigt ämnesområde i gränslandet mellan medicin och odontologi, och bör finnas kvar bland annat av denna orsak. Dessutom är röntgen ett viktigt diagnostiskt hjälpmedel och det blir framöver viktigt att kunna göra rätta diagnoser i tid då framtidens tandvård bygger på delegerade arbetsinsatser.

Skaraborgs läns landsting: Förvaltningsutskottet delar för sin del utredningens inriktning att antalet specialiteter bör vara få och breda. En sådan förändring får dock inte medföra en kvalitetssänkning. Förvaltningsutskottet anser därför, att den enskilde huvudmannen bör få stor frihet att utifrån de lokala behov som föreligger inrätta de specialiteter som kan anses vårdbehovsmässigt erforderliga.

De föreslagna ändringarna kan dock skapa oklarheter med olika kompetensnivåer. Effekten av förändringarna kan befaras få negativ inverkan på specialisttandvårdens odontologiska innehåll. Inrättandet av den föreslagna nya specialiteten, oral rehabilitering, kan eventuellt ur servicesynpunkt vara positiv för patienten, liksom att vissa effektivitetsvinster skulle kunna uppnås genom samlokaliseringen av resurser. Däremot blir området så stort att detta kan tänkas äventyra den odontologiska kvaliteten.

Västernorrlands läns landsting: Ett stort antal specialiteter och behörighetsämnen inom tandvården försvårar en helhetssyn på detta i sig mycket

begränsade område. Det innebär samtidigt en ytterligare områdesindelning med väl markerade gränser och behörighetskrav för att få tillträde att arbeta inom de olika delområdena. En sådan organisation skulle bli mycket kostsam för landstingen vad gäller utbildning till olika behörigheter.

Utöver de tre föreslagna specialiteterna bör det ej finnas några ytterligare ämnesområden med särskilda behörighetskrav.

Landstingen bör själva få avgöra vilka krav som ska ställas på de ämnesområden, som inte är specialiteter men där man ändå bedriver särskild verksamhet. Det gäller bl.a. tandhälsovård, barntandvård, röntgen, sjukhustandvård, bettfysiologi etc.

Västerbottens läns landsting: Västerbottens läns landsting ställer sig därför frågande till om det är möjligt att göra en fungerande specialitet där man "klumpat ihop" vitt skilda ämnesområden, som i den nya specialiteten som man kallar för *oral rehabilitering*. Om denna specialitet ska fungera och vederbörande ska kunna hålla sig a jour med utvecklingen måste det bli en specialisering inom specialiteten.

Det är betydligt bättre att låta de ingående ämnesområdena bli egna s.k. behörighetsämnen. Till gruppen behörighetsämnen bör räknas ämnesområdet som sysslar med bettfunktionsstörningar eller bettfysiologi. Behovet av specialkunskaper inom detta område är stort och särskilt nu för att få en differentialdiagnos mellan störningar som kommer från käkledsregionen och olika reaktioner från dentala material.

Sammanfattningsvis vill landstinget framhålla att det är bättre att reducera antal specialiteter till två och låta ett antal ämnesområden bli sk behörighetsämnen, däribland ämnesområdet bettfysiologi. Det underlättar också betydligt själva uppläggningsen av specialistutbildningen som Västerbottens läns landsting kommer att engageras i vid odontologiska kliniken i Umeå.

Norrbottnens läns landsting: Förslaget till en ny specialitet (Oral rehabilitering) ger visserligen stor frihet för huvudmännen att utforma den specialisttandvård som det finns behov av inom den kliniska odontologin. Det är emellertid den framtida synen på vad som är god specialisttandvård som kommer att vara normgivande. Norrbottens läns landsting är därför mycket tveksam till om det är möjligt att skapa en fungerande specialitet med det föreslagna innehållet, utan att det inom specialiteten sker en betydande fördjupning och därmed betydligt förlängd utbildningstid.

I Norrbotten finns en samlad enhet för specialisttandvård för vuxenpatienter med specialiteterna protetik, endodonti, parodontologi och ämnesområdet bettfysiologi. Med kunskap om nuvarande förhållande går det ej att täcka in den samlade kompetensen som finns i dessa specialiteter med en specialist i oral rehabilitering.

Utredningen föreslår också att de nuvarande specialiteterna Pedodonti och Oral röntgendiagnostik skall bli så kallade behörighetsområden. Det är en stor risk att ett sådant förfarande innebär både en kvalitetsänkning inom dessa områden samt ett försämrat rekryteringsunderlag på grund av minskat intresse för sådan utbildning.

Göteborgs kommun: Den föreslagna tredje specialiteten (oral rehabilitering) utgör en sorts tvärsnittsspecialitet för vuxentandvård, som synes helt omöjlig att kompetensmässigt nå för en ung tandläkare inom realistisk specialistutbildningstid. Att nå detta kompetensområde kan endast ske om man – t.ex. inom tandvårdshuvudmannaoområdet – satsar på en vidareutbildning inom allmäntandvården och systematiskt planerar en sådan utbildning med hänsynstagande till alla de för vuxenklientelet nödvändiga specialområdena. Härvidlag skulle en anvisning i form av riktlinjer för särskilda ämnesområden kunna vara en normerande hjälp.

Malmö kommun: Från de angivna utgångspunkterna tillstyrker styrelsen utredningens förslag till specialiteter. Det bör dock stå klart att eventuell vinst ur samhällsekonomisk synvinkel medför en sannolikt icke ringa risk för kvalitetssänkning inom tandvården. För att möta denna risk är det därför angeläget att erforderlig satsning på efter- och vidareutbildningen av allmäntandläkare föregår större förändringar av specialistsystemet. Det blir då möjligt att utvärdera effekterna av gjorda insatser innan avgörande beslut fattas.

Landstingsförbundet: Förbundets styrelse tillstyrker utredningens förslag till få och breda specialiteter. Förslaget stämmer väl med styrelsens uppfattning att centralt reglerade kunskapskrav på befattningar inom landstingets anställningsområde skall vara så få som möjligt. Risken är annars att systemet blir stelbent och kostnadsdrivande. Fördjupade kunskaper behövs inom tandvården, men vilka kunskaper och i vilka kombinationer är något som kan variera såväl över tiden som mellan olika regioner och orter. Landstingens folktandvård har kompetens och insikt att initiera och bygga upp den kunskapen.

Styrelsen ifrågasätter däremot utredningens förslag att förutom tre specialiteter ge särskilda riktlinjer för två ämnesområden, barntandvård och oral röntgendiagnostik. Kunskapsbehoven inom dessa båda områden bör liksom inom många andra ämnesområden kunna tillgodoses med fortbildning och profilering av allmäntandläkare utan statlig reglering.

Odontologiska institutionen i Jönköping: Utredningen har föreslagit, att barntandvård och odontologisk radiologi blir behörighetsämnen. Institutionen ställer sig helt oförstående till införandet av behörighetsområden. De i dag väl etablerade och avgränsade specialistområdena barntandvård och odontologisk radiologi bör även i fortsättningen förbli specialistämnen. Vi finner mot bakgrund av det material, som utredningen presenterar, inget skäl som talar för att någon av dagens fungerande specialiteter inte skall finnas även i fortsättningen.

Skillnaden mellan specialistämne och behörighetsämne är enligt utredningsförslaget i grunden en fråga om kvantitet. Kvalitets- och säkerhetsaspekterna, vilka för vårdtagare är det primära, underordnas antalet patienter. Viktiga patientgrupper kommer därigenom att undandras en kvalificerad vård. *Institutionen anser, att det inte finns anledning att inträtta en kompetensnivå mellan allmäntandläkare och specialisttandläkare.*

Utredningen föreslår en gemensam specialitet benämnd oral rehabilitering, i vilken samtliga nuvarande specialiteter skall ingå med undantag av

oral kirurgi och vuxenortodonti. Det är vår uppfattning, att den aktuella specialiteten kommer att kräva en mycket omfattande utbildning för att kunna ersätta de aktuella specialiteterna parodontologi, endodonti och oral protetik samt dessutom innefatta kunskaper i övriga ämnesområden som kariologi, klinisk bettfysiologi etc. Det är uppenbart att specialiteten oral rehabilitering inte kan ge samma kompetens som de enskilda specialisterna tillsammans. *Införande av specialiteten oral rehabilitering och samtidigt slopande av specialiteterna parodontologi, protetik och endodonti innebär en klar kompetensminskning inom svensk tandvård och bör av detta skäl ej genomföras.*

Tandläkarförbundet: Specialistbegreppet i framtiden

Specialistbegreppets kriterier

Tandläkarförbundet finner att kriterierna A och D är väl underbyggda medan däremot B och C starkt kan ifrågasättas. Avseende kriterium B har utredarna förmodligen tänkt fel, eftersom man här betonar att för att en specialitet skall vara befogad, bör det finnas ett större antal patienter som uppvisar behov som ej kan åtgärdas av allmäntandläkare. Det logiska vore, att om det finns ett större antal patienter som behöver denna vård, bör naturligtvis utbildning i dessa avsnitt påverka grund-och vidareutbildning för tandläkare. Det måste vara så att det är speciella patientbehov, avseende vilka allmäntandläkaren ej har möjlighet att få tillräcklig träning eller kunskapsuppyggnad, som skall vara kriterium varför man behöver specialkunskap för att ta hand om dessa patienter. Av kriterium C framgår att specialitet bör finnas inom ämnesområde där allmäntandläkare i stor utsträckning saknar möjlighet att konsultera mer erfaren och mer kompetent allmäntandläkare vad gäller "mindre vanliga" sjukdomstillstånd eller skador respektive bettavvikelser. Såvitt man kan förstå av kriterium B har man ju redan där slagit fast, att för dessa mindre vanliga sjukdomstillstånd eller skador bör ingen specialitet upprättas och sammanvägning av punkterna B och C måste således vara, att för patienter med mindre vanliga sjukdomstillstånd anser utredningen ej att kvalificerad hjälp skall kunna erbjudas. Detta innebär att patientsäkerheten ej kan garanteras vilket tandläkarförbundet ej kan acceptera.

De av utredningen konstaterade kriterierna på specialistbegreppet och utredningens tolkning av desamma medför som konsekvens att utredningens förslag till inom vilka områden specialitet skall föreligga ej kan accepteras av tandläkarförbundet.

Behörighetsämnen

I sitt förslag om specialisttandvårdens framtid gör TSU om två hittillsvarande specialiteter till s.k. behörighetsämnen.

Ett behörighetsämne har i jämförelse med en specialitet betydligt diffusare utformning. Det innebär att vårdansvaret är oklart, vilket i sin tur

medför att kravet på patientsäkerheten sänks. Den vaga utformningen av behörighetsämnena avseende kompetensområde, utbildning och tjänstekonstruktion gör att tandläkarförbundet, oavsett vad det andfört i fråga om omfattning och utveckling av framtida specialiteter, motsätter sig att konstruktionen behörighetsämne införs inom odontologin.

Prop. 1990/91:138
Bilaga 4

Förslag till ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Enligt 6 § rubricerade lag är den behörighet att utöva tandläkaryrket som har legitimation som tandläkare eller som särskilt förordnats att utöva yrket. Motsvarande bestämmelse finns vad gäller behörighet att utöva yrke som läkare dock med det tillägget att endast den som har legitimation som läkare får yrkesmässigt bedriva enskild läkarverksamhet.

Bestämmelserna i nämnda lagrum innebär i praktiken att tandläkare som fullgör allmäntjänstgöring (AT) i folk tandvården vid sidan av sådan tjänstgöring även kan vara verksam som privatpraktiserande tandläkare, vilket kan ske utan anslutning till tandvårdsförsäkringen. En AT-tandläkare kan även få en s.k. fritidsetablering om allmäntjänstgöringen fullgörs på heltid.

Den påtalade möjligheten att bedriva enskild tandläkarverksamhet under allmäntjänstgöringen har hittills inte utnyttjats i någon större utsträckning. Socialstyrelsen har dock under de senaste året kunna notera ett ökat antal förfrågningar från examinerade tandläkare och försäkringskassor om möjligheten att arbeta inom privattandvården under tiden som allmäntjänstgöringen fullgörs.

I propositionen om tandläkarnas utbildning m.m. (prop 1978:41) anges att syftet med allmäntjänstgöringen är att ge tandläkarna sådana praktiskt-kliniska erfarenheter som alla tandläkare behöver utöver de kunskaper och färdigheter som de har fått under grundutbildningen. Att allmäntjänstgöringen skall ses som en del av tandläkarutbildningen understryks i nämnda proposition genom att föredragande statsrådet godtar förslaget om en särskild utbildning för de klinikchefer som skall fungera som handledare för de allmäntjänstgörande tandläkarna. Beträffande verksamhet i enskild tandvård sägs endast i propositionen att det bör vara möjligt för allmäntjänstgörande tandläkare att även få viss orientering om verksamheten hos privatpraktiserade tandläkare. Socialstyrelsen anser det angeläget att de nämnda intentionerna med allmäntjänstgöringen följs upp och att endast legitimerade tandläkare ges möjlighet att arbeta utan den handledning som ingår i allmäntjänstgöringen.

Med åberopande av ovanstående hemställer socialstyrelsen att 6 § i behörighetslagen får det tillägget att legitimation som tandläkare behövs för att bedriva enskild tandläkarverksamhet.

Beslut i detta ärende har fattats av överdirektören Ifvarsson. Vid den slutliga handläggningen har närvarit t. f. avdelningschefen Widman, byråchefen Sundberg och avdelningsdirektörerna Jeppsson och Hallström. Hallström har varit föredragande.

Prop. 1990/91:138
Bilaga 5

Enligt socialstyrelsens beslut

Anita Hallström

Angående avgiftsfrihet inom den organiserade tandvården

I tandvårdslagen anges att tandvård skall vara avgiftsfri för barn- och ungdomar t.o.m. det är de fyller 19 år. Jag stöder helt denna åsikt, men undrar om verkliga uteblivande och sent återbud liksom tandskydd skall vara avgiftsfria.

Folktandvården i Landstinget Sörmland redovisar för 1989 nära 6 000 timmar avseende uteblivande och sena återbud inom den organiserade tandvården. Det motsvarar drygt 13 % av vårdtiden inom samma grupp eller ca 3 Mkr i förlorade intäkter.

Enbart information hjälper inte långt. En helt avgiftsfri tjänst värderas tyvärr inte särskilt högt. Barnet uteblir från avtalad tid, "det kostar ju ändå ingenting", säger föräldern.

Det kan inte vara rimligt. Jag föreslår att en avgift (symbolisk?) får införas vid uteblivande och sent återbud.

I Sörmland har boxning och amerikansk fotboll fått mycket aktiva, positiva ledare, vilket innebär ett uppsving för idrotterna med en kraftig ökning av tandteknikerframställda tandskydd som följd. Tandskydd som "tappas bort" (de kostar ju inget).

Innebär verkligen avgiftsfri tandvård att landstinget skall svara för kostnaderna för t.ex. intraorala tandskydd? Då borde ju ishockeyhjälmskydd m.m. också vara landstingets angelägenhet.

Jag föreslår att landstingen medges rätt att inom den organiserade tandvården ta ut en avgift för uteblivande och sent återbud samt att avgiftsbelägga tandskydden enligt tandvårdstaxan.

Landstinget Sörmland
Folktandvården

PG Wallberg
Tandvårdschef

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	2
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 mars 1991	8
1 Inledning	8
1.1 Behörighetsregleringen för assisterande tandvårds- personal	8
1.2 Tandläkarnas specialistutbildning	8
1.3 Övriga frågor	9
2 Allmän motivering	9
2.1 Bakgrund	9
2.2 Allmänna utgångspunkter	14
3 Behörighetsregleringen för tandhygienister och tand- sköterskor	17
3.1 Utgångspunkter	17
3.2 Delegering efter reell kompetens m.m.	19
3.3 Legitimation för tandhygienister	22
3.4 Skydd för uppgiften att en yrkesutövare är legi- timerad tandhygienist	24
3.5 Läkemedelskostnader vid förskrivning av fluor- preparat	25
4 Tandläkarnas specialistutbildning	26
4.1 Utgångspunkter	26
4.2 System med målbeskrivningar för de olika specia- liteterna	28
5 Övriga tandvårdsfrågor	32
5.1 Behörighet att utöva tandläkaryrket	32
5.2 Avgifter inom barn- och ungdomstandvården	32
6 Vissa garantibestämmelser inom tandvårdsförsäkringen	34
6.1 Bakgrund	34
6.2 Ändring i vissa garantibestämmelser inom tandvårds- försäkringen	36
7 Upprättade lagförslag	37
8 Specialmotivering	37
8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.	37
8.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.	38
8.3 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	40
8.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	41
9 Genomförande och övergångsbestämmelser	42
10 Hemställan	42

Bilaga 1

Sammanfattning av betänkandet (Ds S 1986:10) Behörighetsreglering för assisterande tandvårdspersonal av utredningen för översyn av vissa ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården 43

Bilaga 2

Förteckning över remissinstanser och sammanställning av remissyttrandena över betänkandet (Ds S 1986:10) Behörighetsreglering för assisterande tandvårdspersonal 49

Bilaga 3

Sammanfattning av rapporten (Ds 1990:48) Specialisttandvården i framtiden av 1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning (TSU 89) 59

Bilaga 4

Förteckning över remissinstanserna och sammanställning av remissyttrandena över rapporten (Ds 1990:48) Specialisttandvården i framtiden 68

Bilaga 5

Skrivelse från socialstyrelsen 96

Bilaga 6

Skrivelse från Landstinget Sörmland 98