

## Regeringens proposition

1984/85:79

med förslag till tandvårdslag m.m.;

beslutad den 1 november 1984.

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag av regeringsprotokoll ovannämnda dag för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

OLOF PALME

G. SIGURDSEN

### Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag till en tandvårdslag. Lagen ersätter folktandvårdslagen (1973:457). Den nya lagen har utformats med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som förebild. Vidare förutskickas att ersättningsreglerna inom tandvårdsförsäkringen skall ses över i samråd med Landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund. I avvaktan på denna översyn föreslås att nuvarande regler för tandläkares rätt att ansluta sig till tandvårdsförsäkringen förlängs till att gälla även under år 1985. Sistnämnda förslag föranleder en ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Till skillnad mot folktandvårdslagen gäller tandvårdslagen i princip all tandvård, dvs. både landstingens och de privata vårdgivarnas tandvård. Målet för och kraven på tandvården definieras. Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den skall lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, vara lätt tillgänglig och av god kvalitet. En god tandvård innebär också att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården främjar goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Innan en behandlingsperiod påbörjas, skall patienten upplysas om vad behandlingen kan komma att kosta.

Landstingen ges ett utvidgat ansvar för befolkningens tandhälsa. De skall planera all tandvård inom landstingsområdet, både den egna och de privata

vårdgivarnas. De skall samverka med de privata vårdgivarna samt med berörda samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Liksom idag skall landstingen själva bedriva tandvård – folktandvård. Folktandvården skall liksom f.n. svara för tandvård för barn och ungdomar under 20 år, för specialisttandvård för vuxna samt för övrig allmäntandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig. Vidare bör landstingen, som hittills, erbjuda tandvård åt patienter som är intagna för vård vid landstingets vårdinrättningar och för handikappade, vilkas handikapp förutsätter särskilda kunskaper och erfarenheter hos tandvårdspersonalen, särskilt anpassade lokaler eller särskild utrustning. Frågan om ett lagfäst ansvar för landstingen att svara för sådan vård kommer att behandlas i ett senare sammanhang.

Tillsynen över folktandvården skall även i fortsättningen ligga på socialstyrelsen.

Den nya tandvårdslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 1986. Den föreslagna ändringen i lagen (1962:381) om allmän försäkring föreslås träda i kraft den 1 januari 1985.

## **1 Förslag till Tandvårdslag**

Härigenom föreskrivs följande.

### **Inledande bestämmelse**

1 § Med tandvård avses i denna lag åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.

### **Mål för tandvården**

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

### **Krav på tandvården**

3 § Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den skall

1. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

3. vara lätt tillgänglig,

4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

4 § Innan en behandlingsperiod påbörjas skall tandläkaren eller den som annars utför tandvården lämna patienten upplysning om den ungefärliga kostnaden för den valda behandlingen. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.

### **Den landstingskommunala tandvården**

#### *Landstingskommunens ansvar*

5 § Varje landstingskommun skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som landstingskommunen själv bedriver benämns i denna lag folktandvård.

Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Föreskrifter om förvaltningsutskottet skall därvid avse kommunstyrelsen.

6 § Om någon som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan tandvård.

**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.

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

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

**9 §** I planeringen och utvecklingen av tandvården skall landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.**10 §** Landstingskommunerna skall samverka i tandvårdsfrågor som berör flera landstingskommuner.*Tandvårdsnämnd***11 §** Ledningen av folktandvården utövas av en tandvårdsnämnd, i den mån inte annat följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179).

Landstingskommunen får tillsätta en särskild tandvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Har detta inte skett, är förvaltningsutskottet tandvårdsnämnd.

**12 §** I fråga om särskild tandvårdsnämnd gäller bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.*Personal***13 §** I folktandvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela en god tandvård.

Om åligganden för den personal som hänförs till hälso- och sjukvårdspersonal och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

**14 §** Tandläkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall förordnas för viss tid.**15 §** Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om behörighet till och tillsättning av tjänster inom folktandvården. Regeringen får överlåta på socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.*Tillsyn***16 §** Socialstyrelsen har tillsynen över folktandvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.

*Ytterligare föreskrifter*

**17 §** Regeringen bemyndigas att i fråga om folktandvården meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt.

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

**Tandvården i krig m.m.**

**18 §** Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om tandvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986, då folktandvårdslagen (1973:457) skall upphöra att gälla.

2. Förekommer i lag eller annan författning hänvisning till en föreskrift som har ersatts genom bestämmelse i denna lag tillämpas i stället den nya bestämmelsen.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring att punkt 9 övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i nämnda lag skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse*

9.<sup>1</sup> För att uppnå en utjämning av tillgången på tandläkare mellan olika delar av landet får riksförsäkringsverket till utgången av år 1984 i den utsträckning som behövs föreskriva att tandläkare som avses i punkt 8 ej skall föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa.

*Föreslagen lydelse*

9. För att uppnå en utjämning av tillgången på tandläkare mellan olika delar av landet får riksförsäkringsverket till utgången av år 1985 i den utsträckning som behövs föreskriva att tandläkare som avses i punkt 8 ej skall föras upp på förteckning hos allmän försäkringskassa.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1985.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1983:1063.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag  
PROTOKOLL  
vid regeringssammanträde  
1984-10-11

**Närvarande:** statsministern Palme, ordförande, och statsråden I. Carlsson, Feldt, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Boström, Bodström, Göransson, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Thunborg, Wickbom

**Föredragande:** statsrådet Sigurdson

## **Lagrådsremiss med förslag till tandvårdslag**

---

### **1 Inledning**

År 1973 fattade riksdagen i stor enighet beslut om en genomgripande tandvårdsreform. Reformen, som trädde i kraft den 1 januari 1974, bestod av två delar. Den ena innebar att statsmakterna ålade landstingen ett lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvård och för specialisttandvård samt lade fast ett utbyggnadsprogram för den landstingskommunala tandvården – folktandvården. Den andra delen innebar att en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna infördes.

I en ny folktandvårdslag gavs landstingen vårdansvaret för alla barn och ungdomar till och med 19 års ålder. Dessa skulle erbjudas en regelbunden och fullständig behandling samt akuttandvård. Tandvården skulle vara avgiftsfri för patienten. I folktandvårdslagen gavs landstingen ansvaret även för specialisttandvård för vuxna.

Det av statsmakterna fastlagda utbyggnadsprogrammet innebar att folktandvården skulle byggas ut i sådan omfattning att den kunde erbjuda en avgiftsfri organiserad tandvård till samtliga barn och ungdomar t.o.m. 19 års ålder. Målsättningen var att folktandvården skulle tillföras sådana vårdresurser att utbyggnadsprogrammet för barn- och ungdomstandvården kunde fullföljas under 1970-talet. Fr.o.m. år 1982 uppfyller samtliga landsting denna skyldighet. Vidare angavs att folktandvårdens allmäntandvård för vuxna vid 1970-talets utgång i första hand skulle omfatta ca 35 % av vuxentandvården i landet.

Landstingen skulle enligt propositionen också erbjuda tandvård på sina vårdinstitutioner för långtidssjuka och handikappade. Detta ansvar var dock inte lagfäst.

Den allmänna tandvårdsförsäkringen omfattar alla försäkrade fr.o.m. det år då de fyller 20 år. Försäkringen avser alla former av tandvård, inbegripet förebyggande vård, inom såväl folktandvården som hos privatpraktiserande tandläkare som är anslutna till försäkringen.

Den militära fredstandvården har fr.o.m. den 1 juli 1982 förts över till folktandvården.

En parlamentarisk utredning – 1978 års tandvårdsutredning (TU 78) (S 1978:01)<sup>1</sup> – som haft i uppdrag att göra en översyn av den allmänna tandvårdsförsäkringen m.m., avlämnade under år 1982 betänkandet (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet. Detta betänkande, som har remissbehandlats, innehåller förslag till utformning av den framtida tandvården med bl.a. en ny tandvårdslag. Utredningen har också avlämnat betänkandet (SOU 1982:50) Reviderad tandvårdstaxa. De förslag som föreligger i detta betänkande kommer med något undantag inte att behandlas i detta sammanhang.

Socialstyrelsen har redovisat en särskild utredning i betänkandet (Ds S 1983:4) Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter. Betänkandet har remissbehandlats.

Till protokollet i detta ärende bör fogas dels en sammanfattning av betänkanterna Tandvården under 80-talet samt Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter som *bilaga 1*, dels det lagförslag som läggs fram i betänkandet Tandvården under 80-talet som *bilaga 2*, dels en förteckning över remissinstanserna och en sammanställning över remissyttrandena över betänkanterna Tandvården under 80-talet och Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter som *bilaga 3*. Beträffande nuvarande organisation och omfattning av tandvården samt de närmare övervägandena av tandvårdsutredningen (TU 78) och utredningen om sjukhustandvården hänvisas till betänkanterna.

## 2 Allmänna utgångspunkter

Den tandvårdsreform som i stor enighet beslöts av 1973 års riksdag har haft en genomgripande betydelse för tandhälsan i vårt land. Reformen bestod av två delar. Den ena delen var en utbyggnad av folktandvården där landstingen fick ett lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården och för specialisttandvården. Den andra delen var införandet av en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna.

Målet för tandvårdsförsäkringen skulle vara att skapa lika möjligheter för alla vuxna att få god tandvård till överkomlig avgift.

<sup>1</sup> Överdirektören Svante Englund, ordförande, riksdagsledamoten Nils Carlshamre, landstingsrådet Halvard Claesson, ombudsmannen Gerd Dahl, numera statsrådet Hans Gustafsson och dåvarande landstingsrådet Sylve Öfström.

Den fastlagda utbyggnaden av folktandvården försvårades inledningsvis av bristen på tandläkare. För att säkerställa folktandvårdens behov av tandläkare för barn- och ungdomstandvården infördes i övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring en möjlighet för riksförsäkringsverket att vid behov begränsa nya tandläkares rätt att ansluta sig till försäkringen. Till en början prövades olika utvägar av frivillig natur för att hindra övergången av tandläkare från folktandvården till privat tandvård. Detta ledde dock inte till avsett resultat. För att säkerställa behovet av tandläkare för barn- och ungdomstandvården fann riksförsäkringsverket det nödvändigt att begränsa tandläkarnas rätt att ansluta sig till försäkringens ersättningsregler.

Alltsedan mitten av juni 1974 är rätten för tandläkare att ansluta sig till tandvårdsförsäkringen begränsad. Sedan tillgången på tandläkare påtagligt förbättrats under de första åren under 1980-talet, är syftet med den nu gällande begränsningsregeln att utjämna tillgången på tandläkare mellan olika delar av landet.

År 1975 infördes ett kvoteringsystem, som gav socialstyrelsen rätt att fördela "anställningsmöjligheter" för tandläkarna mellan landstingen. Syftet med detta system var att tandläkarresurserna, mot bakgrund av kravet på utbyggnad av barn- och ungdomstandvården och med hänsyn till det totala nettotillskottet av tandläkare i landet, skulle fördelas rättvist. Systemet avvecklades år 1983.

Fr.o.m. år 1982 uppfyller samtliga landsting skyldigheten att svara för en organiserad tandvård för barn och ungdomar t.o.m. det år då de fyller 19 år. Specialisttandvården är i huvudsak utbyggd. När det gäller vuxentandvården har folktandvården en låg andel. Räknat i tandläkartimmar svarar folktandvården f.n. för 26 % av vuxentandvården (specialisttandvården frånräknad). Återstoden svarar de privat verksamma tandläkarna för.

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet och svarar för tillsynen av verksamheten inom tandvården utom vad gäller försäkringsfrågorna. Socialstyrelsen svarar för övergripande planering, samordning och uppföljning på riksnivå av tandvårdens omfattning, innehåll, kostnader och utveckling. Socialstyrelsen följer vidare forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse inom tandvården och verkar för att sådant arbete kommer till stånd. Socialstyrelsen bedriver också informations- och upplysningsverksamhet inom detta område.

Genom att tandvårdsförsäkringen även gäller vård inom folktandvården och så gott som samtliga privatpraktiserande tandläkare är anslutna till försäkringen utförs numera så gott som all vuxentandvård inom tandvårdsförsäkringens ram. Ersättningen för tandvård som utförs av dessa tandläkare regleras i en tandvårdstaxa, som fastställs av regeringen efter förslag från riksförsäkringsverket. Tandläkarens arvode beräknas efter en taxa som är en maximitaxa, dvs. den får underskridas men inte överskridas. Ersättningsreglerna i taxan omfattar förutom tandläkarbehandling även profylaktisk

behandling utförd av tandhygienister, tandsköterskor samt tandtekniska arbeten utförda av tandtekniker. Profylaxpersonal och tandtekniker är dock inte anslutna till försäkringen.

Ersättning från tandvårdsförsäkringen – s.k. tandvårdsersättning – utgår med 40 % av kostnaden för tandvården. Resten betalar den försäkrade till tandläkaren genom en patientavgift. Om kostnaden överstiger 2 500 kr. under en behandlingsperiod utgör tandvårdsersättningen 75 % och patientavgiften 25 % av den kostnad som ligger över detta belopp. I kostnaden för tandvården inräknas här såväl arvodet för tandläkarbehandling och tandtekniskt arbete som kostnaden för tandtekniskt material.

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

Riksförsäkringsverket är central förvaltningsmyndighet i frågor som gäller tandvårdsförsäkringen. Till riksförsäkringsverket finns knutet ett rådgivande organ, tandvårdsdelegationen, i vilken ingår representanter för riksförsäkringsverket, socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Sveriges tandläkarförbund samt Sveriges tandteknikers riksförbund.

Innan verket lägger fram förslag till regeringen om arvodesregler i tandvårdstaxan överlägger företrädare för verket med representanter för folktandvårdens huvudmän, tandläkarna och tandteknikerna. Dessa överläggningar sker enligt en särskild överläggningsordning.

År 1981 kostade tandvården i vårt land totalt ca 4,9 miljarder kronor. Tandvårdsförsäkringens kostnader uppgick till ca 2,4 miljarder kronor, folktandvårdens nettokostnader till ca 1,2 miljarder kronor och patientavgifterna till 1,3 miljarder kronor.

Som jag tidigare framhållit har 1974 års tandvårdsreform haft en avgörande betydelse för den förbättring av tandhälsan som skett sedan mitten av 1970-talet. Den generation av barn och ungdomar som nu växer upp har en påtagligt bättre tandhälsa än tidigare generationer. Här har utbyggnaden av folktandvården spelat en stor roll. Den organiserade och systematiserade barn- och ungdomstandvården har inneburit att patienterna tidigt tagits om hand och därefter följts genom åren. Genom ett starkt inslag av förebyggande åtgärder har en god tandhälsa kunnat bibehållas hos de flesta, så länge de stått kvar i barn- och ungdomstandvården. En förutsättning för denna gynnsamma utveckling har varit att barn- och ungdomstandvården har kunnat byggas ut i ungefär den takt och omfattning som förutsattes vid tandvårdsreformen.

Också för den vuxna befolkningen har tandhälsan förbättrats, även om förbättringen inte varit lika genomgripande som för barnen och ungdomarna. För de vuxna – framför allt för dem som är 30 år och äldre och har kvar sina egna tänder – finns fortfarande relativt omfattande behov av s.k.

reparativ tandvård, dvs. tandlagningar och tandproteser av olika slag. En satsning har i viss utsträckning skett på förebyggande åtgärder, men denna satsning bör vidareutvecklas och omfatta hela den vuxna befolkningen.

Flera grupper bland de vuxna har fortfarande en eftersatt tandvård. Jag avser här närmast många av dem som är intagna vid landstingens vårdinrättningar, bl.a. i den somatiska och psykiatriska långtidsvården, eller som är hemsjukvårdspatienter. Också många handikappade har fått tandvård i alltför begränsad omfattning.

Det finns också betydande skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Socialgrupp III har trots att besöksfrekvensen ökat sedan tandvårdsreformen genomfördes fortfarande en lägre besöksfrekvens än socialgrupperna I och II.

Ett stort problem för tandvården under senare år har varit den ojämna fördelningen av tandvårdsresurserna både mellan och inom landstingen. Allmänt kan sägas att särskilt storstadsområdena men också andra större tätorter numera har en god tillgång till tandvård, medan de mindre tätbefolkade områdena har det sämre ställt i detta avseende. Dessa skillnader är i första hand ett resultat av tidigare svårigheter att rekrytera tandläkare till bl.a. glesbygdsområden men beror också på olikheter i attityderna till tandvård.

För att bl.a. utvärdera erfarenheterna av tandvårdsreformen tillkallades 1978 års tandvårdsutredning (TU 78). Kort uttryckt hade utredningen följande uppdrag. Den skulle göra en översyn av folktandvårdens utbyggnad, överväga möjligheterna att åstadkomma en jämnare geografisk fördelning av tandvårdsresurserna, undersöka situationen inom specialisttandvården och lämna förslag till en bättre handikapptandvård. I sitt arbete skulle utredningen också redovisa erfarenheterna av den ökade satsningen på förebyggande åtgärder inom tandvården. Utredningen skulle vidare pröva behovet av en fortsatt reglering av de privat verksamma tandläkarnas anslutning till tandvårdsförsäkringen. Utredningen skulle överväga försäkringens ersättningsregler i stort men hade inte i uppdrag att föreslå ett nytt ersättningssystem.

TU 78 har redovisat sina överväganden och förslag i betänkandena (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet och (SOU 1982:50) Reviderad tandvårds-taxa. Utredningens förslag har i huvudsak fått ett positivt mottagande av remissinstanserna.

Som en följd av att tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 uppkom en starkt ökad efterfrågan på tandvård. Köer uppstod och många människor hade svårt att få tandvård. I dag är situationen en annan.

Idag föreligger sällan några svårigheter att få en tid för ett tandvårdsbesök. Det finns naturligtvis flera förklaringar till detta. En orsak är att tillgången på såväl tandläkare som övrig tandvårdspersonal har ökat kraftigt. Antalet yrkesverksamma tandläkare har ökat från ca 7 000 år 1974 till ca 9 000 år 1983. Antalet tandsköterskor samt antalet tandhygienister har på samma sätt

ökat kraftigt. Vidare har tandvårdsbehovet hos åldersgrupperna upp till 30 år minskat påtagligt.

Den ojämna fördelningen av tandvårdsresurser mellan regioner och inom regioner, som var än mer påtaglig för en del år sedan, har självfallet lett till skillnader i tandhälsan. Dessa skillnader får i sin tur konsekvenser för anspråken på tandvårdsresurserna i dag. I norra Sverige t.ex. har en förhållandevis stor andel av den vuxna befolkningen avtagbara proteser. Underhåll av dessa kräver förhållandevis små resurser. Dessa skillnader i tandstatus i dag får till följd att det kommer att ta en viss tid innan det är möjligt och meningsfullt att helt utjämna skillnaderna i tillgången på tandvårdsresurser.

Barnens och ungdomarnas tandhälsa kommer i framtiden sannolikt att förbättras ytterligare. Även de vuxnas tandhälsa kommer stadigt att förbättras genom förebyggande åtgärder, inte minst de insatser som skett inom den utbyggda barn- och ungdomstandvården. Allt fler vuxna behåller sina tänder högre upp i åldrarna. Samtidigt vet vi att de flesta människor som är över 30 år har tänder som skadats av karies. Fyllningarna behöver bytas ut med vissa intervall vilket så småningom kan leda fram till behov av olika protetiska konstruktioner. Även om antalet tandköttssinflammationer minskar i omfattning finns fortfarande skadorna av parodontit (tandlossning) för åldersgrupperna över 40 år. Det är svårt att bedöma effekterna av de utvecklingstendenser jag har beskrivit. Den sammantagna effekten bör dock kunna bli att resursanspråken på längre sikt kommer att minska.

Ett huvudsyfte med de förslag som jag strax skall redovisa är att åstadkomma en god tandhälsa hos hela befolkningen och en så rättvis fördelning av tandvården som möjligt. De förbättringar som föreslås i lagrådsremissen i syfte att vården skall nå eftersatta grupper kan dock i nuvarande samhällsekonomiska läge i allt väsentligt endast ske genom omfördelningar, omprioriteringar och andra liknande åtgärder. Ett ökat ansvar för landstingen för bl.a. planering och samverkan med privata vårdgivare bör leda till ett mer samlat och rationellt utbud av vård som också bättre tillgodoser patienternas behov. Flera av bestämmelserna syftar också till att förbättra patientens ställning i tandvården, bl.a. bestämmelserna om ett vidgat ansvar för landstingen.

Det är angeläget att framhålla att en god tandhälsa uppnås inte enbart genom åtgärder inom tandvårdssystemets ram. Det är känt att låg utbildning och påfrestande arbetsmiljö är förbundna med ohälsosamma levnadsvanor, t.ex. i fråga om kosten.

En god tandhälsa förutsätter också att för tandhälsan viktig information, t.ex. om betydelsen av en god kosthållning, inte motverkas av andra krafter. Exempel på detta är t.ex. utformningen av livsmedelssubventionerna eller sortimentet i skolornas cafeterior som påverkar kostvanor och kostval.

De förslag som jag i det följande lägger fram har sammanfattningsvis följande innehåll.

En särskild tandvårdslag införs. Den har i likhet med hälso- och sjukvårdslagen karaktären av målinriktad ramlag med ett betydande utrymme för landstingen att anpassa verksamheten till de särskilda behoven och förutsättningarna inom just det landstinget. Lagen skall omfatta all tandvård, även den privata.

Målet för tandvården skall vara en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Krav uppställs för all tandvård såväl den vård som ges av folktandvården som av privata vårdgivare. Kraven överensstämmer i allt väsentligt med motsvarande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen men det framhålls särskilt att tandvården skall lägga vikt vid förebyggande åtgärder.

Landstingen åläggs ett ansvar för befolkningens tandhälsa. Varje landsting skall sålunda erbjuda god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingsområdet och även i övrigt främja en god tandhälsa för befolkningen. Landstingen blir också i fortsättningen skyldiga att själva bedriva viss del av tandvården. Den lagstadgade skyldigheten gäller barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvården och viss allmän tandvård för vuxna. Landstingen bör också, liksom hittills, erbjuda tandvård åt dem som är intagna på landstingens vårdinrättningar och åt handikappade vars handikapp förutsätter särskilda kunskaper och erfarenheter hos vårdpersonalen, särskilt inrättade lokaler eller särskild utrustning.

Landstingen ges ett ansvar för planeringen av tandvården. Planeringen skall utgå från befolkningens behov och omfatta även den vård som bedrivs av andra, bl.a. privatpraktiserande tandläkare. I planeringen och utvecklingen skall landstingen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Staten förutsätts även i fortsättningen ha ett övergripande ansvar för tandvården innefattande bl.a. planering och samordning på central nivå av verksamheten. Socialstyrelsens roll skall som angivits bl.a. i propositionen (1979/80:6) om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m.m. ha en mer rådgivande och stödjande karaktär och mindre inriktning på detaljkontroll.

### 3 Den lagtekniska lösningen

**Mitt förslag:** Bestämmelserna om tandvården ges i en ny fristående tandvårdslag, som omfattar all tandvård.

**TU 78:s förslag:** Utredningen har lämnat ett förslag till en fristående tandvårdslag, men föreslagit att bestämmelserna i denna arbetas in i den då förestående hälso- och sjukvårdslagen.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanserna är positiva till förslaget att arbeta in bestämmelserna om tandvården i hälso- och sjukvårdslagen. Några

remissinstanser är negativa till förslaget. En del remissinstanser vill inte ta ställning till formen för reglering.

**Skälen för mitt förslag:** Bestämmelser om tandvården finns i dag i folktandvårdslagen (1973:457, ändrad senast 1979:1123) och i den till denna lag anslutande folktandvårdskungörelsen (1973:637, ändrad senast 1974:323). Denna lagstiftning reglerar endast den tandvård som landstingen svarar för. (Jag kommer i fortsättningen att använda benämningen landsting för landstingskommun). De privat verksamma tandläkarnas verksamhet regleras av lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen) och i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. För att uppnå en förbättrad resursanvändning inom tandvården krävs enligt min uppfattning att målet för och kraven på tandvården är gemensamma för all tandvård. Dessutom måste planeringen av tandvården omfatta all tandvård. I likhet med TU 78 och remissinstanserna anser jag därför att en ny tandvårdslagstiftning bör gälla all tandvård, dvs. både landstingens och de privata vårdgivarnas tandvård.

När det gäller TU 78:s förslag att arbeta in bestämmelserna om tandvården i den nya hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, ändrad senast 1983:335) gör jag följande bedömning. Med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har vi fått en modern och ändamålsenlig lagstiftning för hälso- och sjukvården. Denna lag reglerar all hälso- och sjukvård i den mån det inte finns särbestämmelser för viss del av denna. Vid tillkomsten av HSL undantogs emellertid tandvården från lagens tillämpningsområde. Anledningen till detta var de särskilda överväganden om tandvården som då pågick i TU 78. En lösning med bestämmelserna om tandvården inarbetade i HSL skulle innebära fördelar. På detta sätt skulle man få en enhetlig reglering av i det närmaste all hälso- och sjukvård. Det finns dock flera skäl som talar mot att bestämmelserna om tandvården arbetas in i HSL. Landstingens andel av tandvården är avsevärt mycket mindre än deras andel av övrig hälso- och sjukvård. Detta förhållande innebär att man även i fortsättningen knappast kan undvara särbestämmelser för den tandvård som landstingen själva skall svara för.

Vidare anser jag att kraven på tandvården i en ny tandvårdslag bör gälla all tandvård, dvs. både den landstingskommunal vård och den tandvård som de privat verksamma vårdgivarna svarar för. Kraven på hälso- och sjukvården i HSL gäller endast den landstingskommunal vård och jag är i dag inte beredd att föreslå att bestämmelserna skall gälla också för den privata vården. En särreglering av tandvården i detta avseende inom ramen för HSL vore enligt min uppfattning mindre lämplig.

På grundval av främst dessa skäl, är jag inte nu beredd att föreslå att bestämmelserna om tandvården arbetas in i HSL. Bestämmelserna om tandvården bör ges i en fristående lag. Till skillnad mot vad som gäller enligt folktandvårdslagen bör, som jag nyss framhållit, en sådan lag i princip gälla all tandvård oavsett vem som ger vården.

### 3.1 Lagens uppbyggnad

Lagen inleds med fyra paragrafer som gäller all tandvård. I den första paragrafen ges en definition på tandvård. I den andra en föreskrift om målet för tandvården. Tredje och fjärde paragraferna innehåller föreskrifter med krav på tandvården. Efter de inledande fyra paragraferna följer ett antal paragrafer om landstingens ansvar för tandvården. Här finns föreskrifter om landstingens allmänna ansvar för tandvården, om den tandvård som folktandvården skall svara för, om planering och samverkan i tandvården, om den politiska ledningen och om den tandvårdspersonal som skall finnas. Sist i avsnittet om den landstingskommunala tandvården följer två paragrafer. En om tillsyn och en med bemyndigandeföreskrifter för regeringen. Lagen avslutas med en paragraf med en föreskrift om att regeringen får meddela särskilda föreskrifter om tandvården i krig och jämförbara förhållanden. Den sista paragrafen avser all tandvård.

Det bör i annat sammanhang övervägas om det är lämpligt att bestämmelserna om tandvården och hälso- och sjukvården i övrigt samt bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalen sammanförs i en lag.

## 4 Mål för tandvården

**Mitt förslag:** Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

**TU 78:s förslag:** Utredningens förslag överensstämmer i sak med mitt förslag.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som tagit upp frågan har ställt sig bakom förslaget.

**Skälen för mitt förslag:** Tandvårdsförsäkringen infördes med syftet att utjämna de stora skillnader i tandläkarbesöksfrekvens och erhållen tandvård som påvisats föreligga mellan skilda socialgrupper. Ett klart formulerat mål för försäkringen var att göra en "god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad".

I hälso- och sjukvårdslagen anges ett övergripande mål för all hälso- och sjukvård som omfattas av lagen. I lagens 2 § föreskrivs att "målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Av propositionen om HSL framgår att målet att vården skall erbjudas befolkningen på lika villkor innebär att det i princip bör vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Av detta följer bl.a. att ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållanden inte får hindra den enskilde att erhålla vård. TU 78 har föreslagit att målet för hälso- och sjukvården bör

gälla även för tandvården och remissinstanserna har anslutit sig till förslaget. Också jag kan ansluta mig till förslaget. Det får väl närmast betraktas som en självklarhet, att det mål som gäller för hälso- och sjukvården i övrigt även bör gälla för tandvården.

Den första fråga som bör ställas mot bakgrund av de mål som formulerats för tandvården är hur tandhälsan har utvecklats för befolkningen i allmänhet sedan tandvårdsreformen genomfördes.

Andelen försäkrade som under ett år fått någon behandling har ökat från ca hälften till ca 60 % mellan år 1975 och år 1982. Andelen har ökat mest i de äldsta åldersgrupperna. Andelen behandlade i åldersgruppen mellan 20 och 40 år låg högt redan tidigare. Den högsta andelen behandlade återfanns i åldersgruppen 40 – 49 år där andelen uppgick till 70 % år 1982. I den äldsta åldersgruppen – 70 år och äldre – uppgick andelen endast till en tredjedel.

En stor andel av patienterna är fortfarande akut- eller saneringspatienter, dvs. de går inte regelbundet till tandläkare.

Vårdmängden per patient, uttryckt som behandlingstid per patient, har inte förändrats nämnvärt mellan år 1975 och år 1982. Detta gäller såväl folktandvården som privattandvården. Behandlingstiden per patient ligger dock lägre i folktandvården än i privattandvården.

Omfattningen av den förebyggande behandlingen för de patienter som får tandvård har ökat från år 1975 till år 1983. Tandläkarnas insatser har i stort sett varit konstanta. Ökningen faller på tandhygienistbehandlingar.

Antalet tanduttagningar har minskat med 40 %. Antalet fyllningar har minskat med ca 20 %. Den kraftigaste minskningen finns i den yngsta åldersgruppen (20 – 29 år). Antalet framtandsfyllningar per patient i åldern 20 – 29 år har t.ex. mer än halverats. Däremot har äldre pensionärer fått fler fyllningar. Mängden fasta proteser har ökat påtagligt fram till år 1977 – det fanns sannolikt ett uppdämt behov – för att sedan minska, dock inte ned till 1974 års nivå. Andelen patienter som fått fast protetik är ungefär densamma. Däremot har antalet enheter (broar, kronor) per behandlad patient minskat. Antalet avtagbara proteser har överlag minskat.

Fr.o.m. 40 års ålder behöver mer än hälften av befolkningen en omfattande eller relativt omfattande parodontal behandling.

Tandvårdskonsumtionen uppvisar stor spridning. Ungefär 7 % av befolkningen svarar för en fjärdedel av tandvårdskonsumtionen och 20 % för halva konsumtionen. Ungefär 10 % av patienterna har ett stort vårdbehov under en följd av år.

Andelen besökare som uppger sig besöka tandläkare minst två gånger om året uppgår till knappt 20 %.

De allra flesta människor (93 %) upplever inte något stort ytterligare vårdbehov på grund av tandvärk eller dålig tuggfunktion. Inga unga (15 – 29 år) anser att de har dåliga tänder i dag. (SCB:s levnadsnivåundersökning år 1981).

För barnen och ungdomarna har tandhälsan förbättrats mycket påtagligt. En redovisning av denna förbättring ger jag under avsnitt 7.1.1.

Tandhälsan har således allmänt förbättrats för såväl de vuxna som för barnen och ungdomarna. Det är dock fortfarande stora skillnader mellan olika befolknings- och patientgrupper.

Personer i socialgrupp III upplever enligt levnadsnivåundersökningarna (1968, 1974 och 1981) att de har sämre tandhälsa än personer i socialgrupp I och II. Trots att behoven av tandvård således upplevs som större i socialgrupp III är andelen tandläkarbesök enligt samma källa avsevärt lägre i denna socialgrupp än i övriga socialgrupper. Om man jämför andelen som angivit att de besökt tandläkare det senaste året har den ökat från nästan 70 % i socialgrupp II år 1974 till ca 75 % år 1981 medan andelen under motsvarande tidsperiod i socialgrupp III ökade från drygt hälften till ca 60 %.

Ökningen i besöksfrekvens var av samma storleksordning för de båda socialgrupperna även mellan åren 1968 och 1974, dvs. under en period före tandvårdsförsäkringens införande. Andelen behandlade har ökat även under de allra senaste åren trots förändringen i ersättningsregler.

Andelen behandlade patienter i olika inkomstklasser skiljer sig inte så mycket åt enligt försäkringsstatistiken.

Folk tandvården har fler patienter inom den lägsta inkomstklassen och färre inom den högsta inkomstklassen jämfört med privattandvården. Patienterna inom folk tandvården är samtidigt genomsnittligt yngre än inom privattandvården.

Trots att besöksfrekvensen är högre i högre inkomstgrupper är det genomsnittliga tandläkararvodet per år för dem som besökt tandläkare högre i de lägre än i de högre inkomstklasserna. Detta skulle kunna tolkas så att patienterna i de lägre inkomstgrupperna besöker tandläkaren mindre regelbundet och har större tandvårdsbehov vid sina besök.

Andelen behandlade patienter skiljer sig påtagligt mellan olika försäkringskasseområden. Andelen är högst i Hallands län – ca två tredjedelar – och lägst för Norrbottens län – drygt 40 %. Detta är särskilt tydligt för de äldsta åldersgrupperna och sammanhänger troligen med den höga andelen tandlösa personer i norrlandslänen.

I försäkringskasseområden med högre tandläkartäthet är behandlingstiden per behandlad patient längre.

Enligt levnadsnivåundersökningarna upplever de som bor på landsbygden sig ha sämre tandhälsa än dem som bor i övriga delar av landet.

Kvinnor är mer regelbundna tandläkarbesökare än män. Trots detta skiljer sig inte den årliga medelbehandlingstiden för män och kvinnor.

Invandrarna har sämre tandhälsa än den övriga befolkningen. Av de utländska medborgare som bor i Sverige besöker 47 % tandläkaren regelbundet, medan motsvarande andel för hela den svenska befolkningen är 29 %.

Ungefär hälften av patienterna betalade högst 200 kr. i patientavgift för sin tandbehandling under år 1982. Ca 11 % av patienterna i privattandvården och ca 6 % av patienterna i folktandvården betalade 1 000 kr. och mer i patientavgift. Den genomsnittliga patientavgiften var inom privattandvården 450 kr. och inom folktandvården 360 kr. Skillnaderna mellan vårdsektorerna har ökat mellan år 1975 och år 1982.

Det kan krävas olika aktiva åtgärder från landstingens sida för att undanröja de hinder som finns för vissa patientgrupper för att få vård. Undersökningar visar t.ex. att patienternas initiativförmåga och förmåga att formulera sina behov har betydelse. Patienter som säger att de har bra tänder och goda kunskaper om tändernas skötsel får t.ex. betydligt mer behandling för bl.a. tandlossning.

Invandrarna kan behöva stöd i form av tillgång till särskild information, tolkservice och flerspråkig personal.

För vissa patientgrupper kan behövas en uppsökande verksamhet. Vid intervjuer säger t.ex. patienter som är sporadiska besökare att ekonomiska svårigheter inte har varit avgörande. Inte heller har de haft svårt att få tid. I stor utsträckning har tandläkarbesöket "helt enkelt inte blivit av". I vissa fall finns en rädsla för smärtan och obehaget. I detta fall är det angeläget att patienterna får en aktiv information om vilka möjligheter till smärtlindring som står till buds i dag och att tandläkarbesöket i dag inte är förenat med samma obehag som förr.

I de fall betalningshinder föreligger är det väsentligt att vårdgivarna bl.a. genom en samverkan med primärkommunernas socialtjänst försöker undanröja detta hinder.

Det är inte minst viktigt att landstingen följer tandhälsoutvecklingen för olika befolknings- och patientgrupper och ingriper med olika åtgärder om det visar sig att situationen är otillfredsställande för någon grupp.

Trots att köerna till tandvården i stort sett försvunnit befinner vi oss således i ett läge med otillfredsställda vårdbehov inom vissa befolkningsgrupper. En angelägen uppgift måste vara att ge dessa grupper en möjlighet att erhålla såväl förebyggande som reparativ vård. Samtidigt är det samhällsekonomiska läget sådant att detta i allt väsentligt måste ske inom nuvarande resursram för tandvården.

Möjligheten att inom en begränsad ekonomisk ram behandla fler patienter ökar också om verksamheten bedrivs på ett effektivt och rationellt sätt. Det finns intressanta försök med en alternativ uppläggning av organisationen och resurserna på olika håll i landet. Ett exempel redovisar jag under avsnittet om allmäntandvården för vuxna (7.1.2.2).

## 5 Krav på tandvården

**Mitt förslag:** Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god tandvård. Detta innebär att den skall

1. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,
2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
3. vara lätt tillgänglig,
4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Innan en behandlingsperiod påbörjas skall tandläkaren eller den som annars utför tandvården lämna patienten upplysning om den ungefärliga kostnaden för den valda behandlingen. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.

**TU 78:s förslag:** Utredningen har föreslagit att kraven på tandvården bör vara desamma som kraven på övrig hälso- och sjukvård.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna har ställt sig bakom tandvårdsutredningens förslag.

**Sammanfattning av skälen för mitt förslag:** Kraven på tandvården stämmer i stor utsträckning överens med de krav som finns på hälso- och sjukvården i HSL. För tandvårdens del gäller kraven – till skillnad från HSL – även de privata vårdgivarna. Vikten av förebyggande åtgärder betonas särskilt. Ett viktigt inslag i det förebyggande arbetet är en uppsökande verksamhet. Detta gäller bl.a. ungdomarna som lämnar ungdomstandvården och de äldre. Företagstandvården har visat sig framgångsrik bl.a. genom att nå nya patientgrupper som annars inte fått kontakt med tandvården.

Tandvården skall vara lätt tillgänglig.

Patienternas medverkan i tandvården är en fråga av största betydelse. En huvuduppgift för den framtida tandvården är att bygga upp och vidmakthålla ett engagemang för en aktiv medverkan hos patienten. Det är viktigt att vårdgivaren sätter sig in i patientens situation och tillsammans med denne försöker att finna de behandlingslösningar som bäst svarar mot patientens förutsättningar och behov i olika avseenden. Patienten skall få upplysning om de behandlingsalternativ som står till buds och kostnaderna för dessa.

**Skälen för mitt förslag:** Enligt 3 § HSL skall varje landsting erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en god hälso- och sjukvård. En sådan hälso- och sjukvård skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Också när det gäller kraven på vården anser jag att samma krav bör gälla för tandvården som för den övriga hälso- och sjukvården. Denna uppfattning delas av TU 78 och remissinstanserna.

Kraven på en god hälso- och sjukvård i HSL gäller endast den landstingskommunala hälso- och sjukvården. För övrig hälso- och sjukvård som omfattas av lagen gäller de kvalitetskrav som kan finnas i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen) och i särskilda författningar för vården samt i bestämmelser som meddelats av främst socialstyrelsen. Med hänsyn till de krav på vården som finns i dessa författningar och till landstingens dominerande ställning som vårdgivare bedömdes det inte finnas något behov av att låta kraven gälla även den privata hälso- och sjukvården.

För tandvårdens del är förhållandena delvis annorlunda. Kraven på t.ex. en lätt tillgänglig vård och en ökad satsning på förebyggande åtgärder skulle om de gällde endast den landstingskommunala verksamheten få ett begränsat genomslag, eftersom de privata vårdgivarna här svarar för huvuddelen av allmäntandvården för vuxna. För tandvårdens del kan därför enligt min mening inte samma lösning väljas som för hälso- och sjukvården i övrigt.

Genom tandvårdsförsäkringen bekostar samhället en betydande del även av den tandvård som ombesörjs av de privat verkssamma tandläkarna. Av bl.a. detta skäl anser jag att samhället har ett befogat intresse av att se till att det allmännas pengar används på ett för samhället ekonomiskt tillfredsställande sätt. Ett sätt att åstadkomma detta är att ställa upp särskilda kvalitetskrav på all tandvård. Härigenom skulle man skapa goda förutsättningar för en samordning av den privata och den landstingskommunala tandvården mot de mål som har satts upp för tandvården. Enligt min uppfattning talar därför övervägande skäl för att kraven på tandvården bör gälla all tandvård. Det vore en fördel om detsamma gällde även för hälso- och sjukvården i övrigt. Jag avser senare att överväga förutsättningarna att låta kraven på hälso- och sjukvården i HSL gälla också de privat verkssamma vårdgivarna.

Som ett första krav har jag ställt upp att vården skall vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Med *god kvalitet* avser jag att vården skall ha den diagnostiska och odontologiskt tekniska kvalitet som

behövs samt vara anpassad till den enskilde patientens särskilda förhållanden. Både de materiella och personella kvaliteterna avses. Det är självklart att kvalitetskravet måste bedömas med beaktande av de resurser som finns avsatta för verksamheten. Det bör ankomma på socialstyrelsen att meddela allmänna råd om kvalitetskraven i olika avseenden. I begreppet god tandvård lägger jag liksom TU 78 också ett krav på att patienten blir undersökt och behandlad inom en rimlig tidrymd.

En satsning på *förebyggande åtgärder* så att tandskador inte uppkommer är den enda framkomliga vägen till en bättre tandhälsa. En stor del av vårdbehovet i dag uppkommer genom att tidigare behandlingar måste upprepas, t.ex. måste gamla fyllningar göras om. En studie visar t.ex. att inte ens hälften av de utförda tandfyllningarna berodde på att nya kariesskador uppkommit.

De vanligaste tandsjukdomarna är karies (tandröta, hål i tänderna) och parodontit (tandlossning). Såväl karies som tandköttsinflammation (gingivit) förekommer redan hos unga människor. Med en grov förenkling kan man säga att förlust av tänder i yngre år orsakas av karies och att parodontit förorsakar de flesta tandförlusterna hos äldre människor.

Man vet i dag i huvudsak hur och varför karies och parodontit uppkommer. De båda tandsjukdomarna kan med framgång förebyggas med förhållandevis enkla medel. Här är kost, munhygien och fluorbehandling av största betydelse. Karies i begynnelsestadiet, som är lokaliserad till emaljen, kan fås att remineraliseras – läka ut – genom lämplig behandling. Även om mjukvävnader och käkben angripits av inflammationen vid parodontit kan sjukdomen hejdas genom enkla munhygieniska åtgärder och inflammationen kan läkas ut.

Tillförseln av fluor har en stor kariesförebyggande betydelse och motverkar även indirekt parodontit. Fluor kan tillföras på två olika sätt, dels genom föda och dryck samt fluortabletter, dels genom att man penslar, borstar eller sköljer tandytan med fluorhaltiga beredningar. Lokal fluorbehandling (fluorsköljning, pensling, tandkräm, lackning) har haft en stor betydelse för minskningen av kariesfrekvensen bland barn och ungdom under 1960- och 1970-talen.

Fluorberedningen har i sitt betänkande Fluor i kariesförebyggande syfte (SOU 1981:32) avvisat en lagstiftning som möjliggör för landets primärkommuner att tillsätta fluor i dricksvattnet. Beredningen föreslår i stället att intensifierade åtgärder sätts in för att förbättra befolkningens kostvanor och munhygien samt en effektiv individuell fluorbehandling. Mot majoritetens uppfattning finns reservationer. Reservanterna föreslår att kommunerna får frihet att själva bestämma om de vill öka fluorhalten i sitt dricksvatten. Betänkandet har remissbehandlats. Remissutfallet är splittrat. Jag har inte för avsikt att föreslå regeringen en lagstiftning om vattenfluoridering.

Dessa förhållanden pekar enligt min uppfattning på vikten av förebyggande åtgärder i tandvårdsarbetet. Betydande satsningar i denna riktning har

också redan skett. Inom folktandvården har sedan lång tid tillbaka olika former av förebyggande åtgärder använts för att minska risken för karies och parodontit hos barn och ungdomar. Organiserade fluorsköljningar och klassvis organiserad tandhålsinformation har använts i skolorna. Vid mödravårds- och barnavårdscentraler informeras föräldrarna om betydelsen av förebyggande åtgärder. För särskilt utsatta barn och ungdomar i 3-19-årsåldern finns program med individuella åtgärder såsom professionell tandrengöring med fluorbehandling samt anpassad undervisning i munhygien m.m.

Socialstyrelsen presenterade år 1978 ett tandhålsvårdsprogram för barn och ungdom. Socialstyrelsen har även presenterat grundläggande anvisningar i tandhålsvård för handikappade barn, ungdomar och yngre vuxna.

De mycket goda resultat som har uppnåtts med förebyggande åtgärder för barn och ungdomar torde vara en följd av att vården har varit systematisk och regelbundet återkommande. Vården har givits inom en enhetlig organisation efter ett fastställt mönster och målgruppen har varit väldefinierad. Samma förutsättningar har inte funnits för de vuxna patienterna. Förebyggande tandvård i kollektiva former för vuxna förekommer knappast. De erfarenheter som vunnits av den systematiska och regelbundna förebyggande vården för barnen och ungdomarna bör kunna föras över även till den vuxna befolkningen.

Socialstyrelsen har nyligen även utarbetat ett tandhålsvårdsprogram för vuxna. Ett liknande program för tandhålsvård till äldre och handikappade har också utarbetats.

Socialstyrelsen har år 1983 inrättat ett rådgivande organ i tandhålsvårdsfrågor, Socialstyrelsens Tandhälsoråd.

Ett viktigt inslag i det förebyggande arbetet är en *uppsökande verksamhet*. De patienter som sällan eller aldrig går till tandläkare gör det oftast inte därför att det helt enkelt "inte blir av". I viss utsträckning finns en rädsla för att behandlingen kan vara smärtsam eller obehaglig. Det finns också en oro för vad eventuella tandbehandlingar kommer att kosta. Patienter som blir kallade till tandläkare för kontroll besöker också betydligt oftare tandläkare än de som inte blir kallade. Det är således viktigt att de patienter som saknar eller har en oregelbunden kontakt med tandvården får hjälp att etablera en sådan kontakt genom någon form av uppsökande verksamhet.

En sådan uppsökande verksamhet har allt mer vunnit insteg i tandvårdsarbetet och sker oftast i samverkan mellan landstingen och de privata vårdgivarna. I vissa fall är den begränsad till vissa åldersgrupper. Den kan utformas på olika sätt. Ett erbjudande om tandvård kan t.ex. riktas till bestämda grupper. Erbjudandet kan ges formen av en direkt kallelse. Patienter som får kallelse till en undersökning men inte infinner sig kallas på nytt. De patienter som uteblir ett år kan kallas på nytt nästa år. I vissa fall undersöker landstingen om det är vissa patientgrupper som systematiskt uteblir från vård och försöker finna nya former för att nå dessa patienter.

TU 78 har i betänkandet (SOU 1982:50) Reviderad tandvårdstaxa övervägt möjligheterna till en mer omfattande satsning på förebyggande tandvård som innebär att samtliga vuxna skulle erbjudas en undersökning med vissa tidsintervall. I samband med undersökningen skulle vid behov erbjudas förebyggande tandvård. Förslaget har fått ett i huvudsak positivt mottagande av remissinstanserna och även jag ser positivt på en sådan satsning.

Som exempel på en sådan satsning kan nämnas Västerbottens läns landsting som i sitt remissyttrande anger att landstinget i samverkan med de privatpraktiserande tandläkarna kommer att kalla samtliga vuxna patienter till revisionskontroller med vissa intervall. I tandhälsokontrollen kommer förutom en vanlig undersökning även att ingå information om lämpliga förebyggande åtgärder såsom munhygien, kost m.m.

I dag lämnar ungdomarna folktandvården vid 20 års ålder. De har då som regel en mycket god tandhälsa. De insatser som gjorts för dessa åldersgrupper kan betraktas som en värdefull investering som det gäller att ta tillvara. Utan uppsökande åtgärder från samhällets sida finns det emellertid risk för att ungdomarna kommer att få sin tandhälsa starkt försämrad sedan de lämnat ungdomstandvården. Erfarenheterna visar nämligen att om de efter ett långt uppehåll återkommer som tandvårdspatienter, har de ofta stora och resurskrävande behov av tandvård. Jag kan därför dela utredningens och remissinstansernas uppfattning att en uppsökande verksamhet är angelägen beträffande de åldersgrupper som nyligen lämnat folktandvården.

Även för de äldre kan det finnas behov av en uppsökande verksamhet. Riksdagen har också nyligen uttalat att det finns ett behov av åtgärder för att snarast förbättra tandvården för de äldre (SoU 1983/84:7).

I flera landsting, bl.a. Örebro, Kopparbergs och Västerbottens läns landsting, pågår undersökningar och inventeringar av de äldres tandvårdsbehov.

F.n. bedrivs av Västernorrlands läns landsting i samarbete med Spri och Mellersta Norrlands tandläkarförening ett projekt som syftar till att erbjuda äldre människor i länet organiserad vård med regelbundna kallelser och uppföljning. Landstinget räknar med att inom detta projekt också kunna finna äldre människor som kanske på grund av viss ohälsa, handikapp eller av andra orsaker ej sökt kontakt med tandläkare men som nu kan erbjudas råd, information och i förekommande fall tandvård. Liknande insatser har genomförts i bl.a. Göteborgs kommun.

En uppsökande verksamhet för t.ex. rörelsehindrade patienter är att patienten erhåller upplysning om var det finns mottagningar som kan ta emot handikappade med rörelsehinder och vart han eller hon kan vända sig för att få en besökstid.

De äldre kan ibland ha svårigheter att förflytta sig till en tandvårdsmottagning. I vissa fall behöver patienten anlita färdtjänsten för att resa till och från mottagningen. Det kan i detta sammanhang också nämnas att det finns

mobil och bärbar utrustning som med gott resultat har använts t.ex. på olika institutioner.

Ett alternativ för uppsökande verksamhet bland äldre är att primärkommunens hemvårdare uppmärksammar eventuella tandvårdsbehov och förmedlar en tandvårdskontakt.

TU 78 har också föreslagit att en utökad försöksverksamhet med uppsökande *tandvård vid företagen* bör komma till stånd. Utredningens förslag har mottagits positivt av remissinstanserna, bl.a. av socialstyrelsen, riksförsäkringsverket och LO.

Av TU 78:s betänkande och remissyttrandena över detta framgår att företagstandvården har visat sig framgångsrik, bl.a. genom att man på detta sätt nått nya patientgrupper, som annars inte fått någon kontakt med tandvården. Särskilt framgångsrik har denna verksamhet varit i det förebyggande arbetet.

Vissa yrkesgrupper löper enligt remissyttrandena särskilt stor risk att få tandsjukdomar. För dessa grupper blir det särskilt angeläget att organisera tandhälsovård inom företaget.

LO betonar att försöksverksamheten och utvecklingsarbetet också bör inriktas på att nå de anställda i mindre företag.

Även jag ser denna verksamhet som uppmuntrande. En viktig uppgift för denna tandvård bör dessutom vara att medverka i undersökningar om risker för tandhälsan i arbetsmiljön. Landstingen bör bevaka att dessa insatser samordnas med den övriga tandvårdsverksamheten inom landstingsområdet.

Mot denna bakgrund delar jag TU 78:s och remissinstansernas uppfattning att det är av största betydelse att verksamheten i framtiden i allt större utsträckning inriktas på förebyggande åtgärder. Åtgärderna bör vara väl avvägda med hänsyn till behoven hos den enskilda patienten. En ytterligare markering av vikten av förebyggande åtgärder är därför lämplig. Jag föreslår att i lagen tas in en bestämmelse med krav på att en god tandvård skall lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder.

Som ett andra krav har jag ställt upp att vården skall tillgodose patientens *behov av trygghet i vården och behandlingen*. Samma krav gäller enligt HSL. Jag återkommer till detta krav när jag redogör för min syn på patientens medverkan i tandvården.

*Tandvårdens tillgänglighet* är av stor betydelse för att nå målet en god tandvård på lika villkor. Det är självfallet inte möjligt att uppfylla ett krav på närhet och tillgänglighet på samma sätt i hela landet. Jag vill dock understryka att tandvården i princip överallt bör ha denna inriktning. Detta krav har också varit relativt väl tillgodosett inom tandvården. Kravet på att vården, så långt ekonomiska förutsättningar och medicinska/odontologiska säkerhetskrav medger det skall vara lätt tillgänglig innefattar sålunda enligt min mening även ett krav på närhet.

Tillgängligheten beror inte bara på hur tandvården är geografiskt

lokaliserad. Vårdens lättillgänglighet hänger också samman med exempelvis öppettiderna och med planeringen av den kollektiva persontrafiken, så att t.ex. busstider och mottagningstiderna vid en tandvårdsmottagning anpassas. Ett anpassat öppethållande vid tandvårdsmottagningarna innebär fördelar för patienterna, eftersom många av dessa har svårt att vara borta från arbetet för tandläkarbesök och dessutom kan få löneavdrag.

Jag har bedömt det angeläget att på samma sätt som i HSL ta in en bestämmelse i tandvårdslagen om att vården skall bygga på respekt för *patientens självbestämmande och integritet*. HSL:s bestämmelser om att *vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten* bör utan ändring gälla även tandvården. Ett ytterligare krav är att tandvården skall *främja goda kontakter mellan patienterna och tandvårdspersonalen*. Slutligen bör kravet på att *patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd – för tandvårdens del tandhälso-tillstånd – och om de behandlingsmetoder som står till buds* gälla även tandvården.

Jag anser att *patientens medverkan i tandvården* är en fråga av största betydelse. En huvuduppgift för den framtida tandvården är att med hjälp av utbildning och instruktion, stöd och stimulans bygga upp och vidmakthålla ett engagemang för en aktiv medverkan hos patienterna. Vården bör vara anpassad till den enskilde patientens behov och förutsättningar och utgå från den enskildes ansvar för sin tandhälsa. För att den enskilde skall kunna ta ett ökat ansvar för sin hälsa krävs att samhället informerar om olika förebyggande åtgärder och ombesörjer förebyggande vård. De förebyggande insatsernas betydelse för en god tandhälsa har jag nyss berört.

Tandvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Patienten skall visas omtanke och respekt. Detta följer redan av 5 § tillsynslagen.

Patientens behov av trygghet i tandvården är stort. En förutsättning för att patienten skall känna sig trygg är naturligtvis att vården har en god personell och materiell kvalitet. Bestämmelser som innebär garantier för vårdens kvalitet finns också i instruktioner och reglementen för de olika yrkesgrupperna inom vården. Även de av samhället uppställda behörighets- och utbildningskraven för tjänstgöring inom vården samt pågående forsknings- och utvecklingsarbete är väsentliga garantier för vårdkvaliteten.

Flera undersökningar visar att tandläkaren i dag spelar en avgörande roll för behandlingens omfattning och inriktning, t.ex. satsningen på förebyggande åtgärder. Nästan alla patienter svarar vid intervjuer att de låter tandläkaren behandla allt som denne föreslår. Det är viktigt att vårdgivaren redovisar *vilka behandlingsalternativ som står till buds*. Vårdgivaren bör sätta sig in i patientens situation och tillsammans med denne försöka att finna de behandlingslösningar som bäst svarar mot patientens förutsättningar och önskemål i olika avseenden. Det är ofta lämpligt att vårdgivaren tillsammans med patienten lägger upp en individuell behandlingsplan som innefattar inte

bara den aktuella behandlingsperioden utan också den fortsatta vården. Särskilt patientens egna åtgärder bör tas upp i planen.

Inte minst mot bakgrund av de stora behandlingskostnader som kan uppkomma är det av stor betydelse för patienten att få *upplysning om kostnaderna* för dessa. Av detta skäl har i 3 § första stycket tandvårdstaxan (1973:638) tagits in en bestämmelse som innebär att tandläkaren innan behandlingen påbörjas skall lämna patienten behandlingsförslag med upplysning om de ungefärliga kostnaderna för behandlingen jämte efterkontroll. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden skall tandläkaren upplysa patienten om detta och om anledningen till ändringen. Enligt min uppfattning bör denna bestämmelse gälla all tandvård. Bestämmelsen bör därför flyttas över till den nya tandvårdslagen.

## 6 Patienten i tandvården

I propositionen om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (prop. 1981/82:97 s. 46 ff) lämnas en redogörelse för patientens ställning inom hälso- och sjukvården om den lagen skulle antas och vilka förbättringar för patienterna lagen skulle innebära. Den redogörelsen äger i huvudsak giltighet även inom tandvården under förutsättning att mina förslag antas.

Den föreslagna lagen utgår på ett helt annat sätt än folktandvårdslagen från den enskildes behov och förutsättningar och ansvar för den egna tandhälsa. Lagen ställer vidare upp ett mål för tandvården – en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Lagen innehåller också vissa krav på vården vilka i huvudsak överensstämmer med HSL. Kraven gäller dock inte bara den landstingskommunala vården utan all tandvård. Vikten av förebyggande insatser framhålls också särskilt. Informationen till patienten skall, förutom patientens tandhälsotillstånd och de behandlingsmetoder som står till buds, också omfatta kostnaderna för behandlingen.

Av stor betydelse är också att landstingen nu åläggs – precis som i hälso- och sjukvårdslagen – att erbjuda god vård åt alla som är bosatta inom landstingsområdet. Vården skall innefatta förutom reparativa insatser också förebyggande insatser riktade såväl till den enskilde som till befolkningen i stort. De senare insatserna förutsätter medverkan av andra samhällssektorer. Jag tänker här på risker för tandhälsan beroende på kostvanor, brister i arbetsmiljön, fritidsverksamheten m.m. Liksom hittills åläggs landstingen att själva bedriva regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar samt specialisttandvård och viss allmäntandvård för vuxna. Även patienter på landstingens vårdinrättningar och vissa handikappade förutsätts, som hittills, få vård genom landstingens försorg. Skyldigheten att planera vården och samverka med andra utvidgas och preciseras på samma sätt som i HSL.

Planeringen skall omfatta all tandvård inom landstingsområdet. Socialstyrelsen skall ha tillsyn över tandvården och kunna inspektera verksamheten. I övrigt förutsätts tillsynen främst ha rådgivande och kunskapsförmedlande karaktär.

I hälso- och sjukvårdspropositionen framhålls – vilket naturligtvis också gäller för tandvården – betydelsen av behörighetsreglerna för personalen inom tandvården. De allmänna behörighetsreglerna har nyligen sammanförts och moderniserats i lagen (1984:542) om behörighet för yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Bestämmelserna i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen) har också stor betydelse för patienterna. Jag vill här bara peka på bestämmelserna om allmänna åligganden för personalen och om partsställning för patienten i ärenden om ansvar i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

En patient som är missnöjd med tandvården kan i dag vända sig antingen till det egna landstinget med sina problem eller till socialstyrelsen. Om fel eller försummelse föreligger hos någon bland personalen kan patienten också vända sig till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Sedan den 1 juli 1980 finns i varje landstingskommun en eller flera förtroendenämnder som skall förmedla information och ge stöd och hjälp i olika former till patienterna. Om nämnden t.ex. finner att en patient behöver vård skall den medverka till att sådan vård lämnas. Den skall verka för att patienternas rättigheter tas till vara och deras integritet skyddas. Nämnden har även till uppgift att för de ansvariga påpeka eventuella behov av resurser inom ett visst område. Skyldigheten omfattar enbart hälso- och sjukvården enligt HSL och alltså inte tandvården.

Förtroendenämndernas verksamhet har utvärderats av en särskild arbetsgrupp. Arbetsgruppen har i en nyligen publicerad rapport (Ds S 1984:16) Förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården föreslagit att förtroendenämndernas verksamhet skall permanentas samt förutom den allmänna hälso- och sjukvården även omfatta folktandvården. Några huvudmän har under försöksperioden med positivt resultat låtit nämndernas ansvarsområde omfatta även folktandvården. Enligt rapporten bör förtroendenämnderna och deras handläggare som hittills kunna ge patienter inom den privata hälso- och sjukvården upplysningar och råd. Någon skyldighet föreligger däremot inte. Den vård som bedrivs av enskilda vårdgivare efter avtal med ett landsting får dock enligt rapporten anses ingå i nämndernas lagreglerade kompetensområde. Rapporten är f.n. föremål för remissbehandling. Förslag beräknas framläggas till riksdagen under våren 1985.

I betänkandet (SOU 1984:73) Patientjournalen läggs fram förslag till en lag om patientjournaler inom hälso- och sjukvården och tandvården. I förslaget sammanförs bestämmelser från olika författningar om skyldighet att upprätta journal, bevarande av journal och offentlighet och sekretess i fråga om journaler i enskild vård i en gemensam lag. Betänkandet

remissbehandlas f.n. Förslag beräknas framläggas till riksdagen under våren 1985.

Jag vill också nämna att socialstyrelsen tidigare i år fått i uppdrag att utreda förutsättningarna för en skyldighet för fabrikanter och importörer att uppgge innehållet i tandersättningsmaterial samt upprättande av ett produktregister och ett register över biverkningar av materialen. I uppdraget ingår också att överväga en begränsning av materialsortimentet. Vidare skall socialstyrelsen ange ytterligare behov av forskning och annan kunskapsutveckling om materialens lokala och generella biverkningar. Socialstyrelsen skall även utarbeta ett underlag till vårdprogram för patienter med tandbesvär, vilka kan sättas i samband med tandersättningsmaterial. Regeringen har slutligen uppdragit åt socialstyrelsen att utforma och genomföra utbildning av s.k. hänvisningstandläkare inom varje landstingsområde om tandersättningsmaterialens användningsområde samt riskerna för olika former av biverkningar och tekniska komplikationer.

Någon formell rätt för patienterna att få tandvård finns inte. Av det sagda bör framgå att en patient ändå har goda förutsättningar att få vård när det behövs, att vården är av god kvalitet och att den som är missnöjd kan få gehör för sina klagomål när de är berättigade.

## 7 Landstingens ansvar för tandvården – ansvarets innebörd och omfattning

**Mitt förslag:** Varje landsting skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingsområdet. Även i övrigt skall landstinget verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Landstinget skall bedriva tandvård i egen regi – folktandvård.

Om någon som vistas inom landstingsområdet utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, skall landstinget erbjuda sådan tandvård.

**TU 78:s förslag:** TU 78:s förslag innebär att landstingen får *dels* vad som benämns ett lagfäst ansvar för barn- och ungdomstandvården, *dels* ett ansvar för vuxentandvården av följande innebörd

- |                  |                                                                                                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| vårdansvar       | – ett övergripande ansvar för att alla som är bosatta inom landstingsområdet erbjuds god tandvård på lika villkor,                                                                |
| planeringsansvar | – ansvar för att i samverkan med bl.a. privata vårdgivare tandvårdsplanering sker varvid tillses att vårdmål fastställs samt att resurserna fördelas efter behov och efterfrågan, |

- resursansvar – ansvar för att de resurser som enligt tandvårdsplanen erfordras för folktandvården ställs till förfogande; privattandvården kan genom samverkansavtal åta sig ansvar för övrig vuxentandvård; i den mån denna ej kan tillgodoses inom ramen för sådana samverkansavtal åvilar det landstinget att tillse att erforderliga resurser ställs till förfogande,
- vårdinnehållsansvar – ansvar för tandvårdens odontologiska inriktning; däri ingår bl.a. en ökad andel tandhälsovård.

Beträffande landstingets ansvar för dem som vistas i kommunen utan att vara bosatta där överensstämmer TU 78:s förslag med mitt.

**Remissinstanserna:** Remissopinionen är splittrad i denna fråga. De flesta är positiva till utredningens förslag. Ett par av de positiva remissinstanserna är dock tveksamma till förslaget att lägga ett vårdinnehållsansvar på landstinget. Flera remissinstanser anser att det inte finns någon anledning att ha ett slags ansvar för tandvården och *ett annat* för hälso- och sjukvården i övrigt. De förordar därför att landstingets vårdansvar såsom det uttrycks i HSL skall gälla även tandvården.

**Skälen för mitt förslag:** Som jag tidigare har framhållit, anser jag att det finns behov av betydande förbättringar vad gäller planering, samordning, samverkan och uppföljning inom tandvården. Jag delar TU 78:s och remissinstansernas uppfattning att landstingen bör ha en central roll i detta sammanhang. Förutom den nuvarande huvuduppgiften att själva svara för viss tandvård, bör landstingen således ges ytterligare uppgifter inom den framtida tandvården. Innebörden och omfattningen av ansvaret i dessa delar måste vara helt klara. Både landstingen och de privat verksamma tandläkarna har berättigade krav på väl definierade ansvarsförhållanden.

Ett av strävandena vid utformningen av den nya tandvårdslagen måste vara att i så stor utsträckning som möjligt anpassa bestämmelserna i denna till HSL för att på sikt, om så bedöms önskvärt, kunna göra HSL tillämplig också på tandvården. Avsikten med att i HSL lägga ett samlat ansvar på landstinget var att detta bedömdes kunna få stor betydelse för möjligheten att på sikt förbättra hälsan hos befolkningen och för att effektivera verksamheten. Landstingets ansvar enligt HSL innebär bl.a. en skyldighet att svara för att de behov av hälso- och sjukvård som uppkommer inom landstinget tillgodoses. Om t.ex. en privatpraktiserande läkare lägger ned sin verksamhet eller förändrar dess omfattning eller inriktning och detta leder till att det uppkommer ett vårdbehov som inte tillgodoses av annan, är landstinget skyldigt att erbjuda den ytterligare vård som kan behövas.

Mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård föreligger vissa skillnader, särskilt vad gäller det allmännas andel av verksamheten. Medan de privat verksamma vårdgivarna inom tandvården svarar för större delen av

allmäntandvården för vuxna, svarar de privat verksamma läkarna endast för en mindre del av den totala övriga hälso- och sjukvården. Detta förhållande har naturligtvis betydelse när det gäller förutsättningarna för landstingen att ta på sig ett ökat ansvar för verksamheten. Enligt min uppfattning är dock omfattningen av den tandvård som landstingen själva bedriver inte av avgörande betydelse när det gäller att ta ställning till frågan om landstingens roll i den framtida tandvården. Viktigare än vårdandelen anser jag vara förutsättningarna att ha en överblick över den totala tandvårdssituationen och därmed möjligheter att planera och samordna den vård som ges av olika vårdgivare. Betydande kunskaper om och erfarenheter av tandvård finns hos landstingen. En väl fungerande organisation är redan uppbyggd inom folktandvården. Personalsituationen har under senare år förbättrats påtagligt och tillgången på tandvårdspersonal synes även i framtiden bli god. De nödvändiga förutsättningarna för att ta ett större ansvar inom den framtida tandvården föreligger således.

Landstingens ansvar för tandvården bör därför ha samma innebörd som deras ansvar för hälso- och sjukvården. Detta innebär att landstinget skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingsområdet. Ansvaret innefattar såväl revisionstandvård som vård vid akuta besvär. I 2 § tandvårdstaxan anges att tandläkaren är skyldig att i mån av möjlighet ta emot försäkrade för tandvård. Akuta fall skall behandlas med förtur. Detta gäller således både folktandvården och privattandvården. Detta gäller oavsett var patienten är bosatt.

Landstingets ansvar för att vård även kan erbjudas vid akuta behov av vård innebär inte – lika litet som inom revisionstandvården – att landstingen behöver bedriva verksamheten i egen regi. Redan i dag förekommer i stor utsträckning särskilda avtal mellan landstingen och de privata vårdgivarna om jourverksamheten. Normalt är att de båda vårdgivarna deltar i verksamheten i förhållande till sin andel av den totala allmäntandvården för vuxna på orten. Inom vissa landsting finns särskilda akutmottagningar organiserade. Vid dessa mottagningar är tandvårdspersonal från såväl folktandvården som privattandvården verksamma. Denna samverkan kring jourverksamheten har visat sig ändamålsenlig och effektiv och jag ser det därför som angeläget att den även i fortsättningen bedrivs efter samma linjer som i dag.

Landstinget skall även i övrigt verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Landstingens ansvar för samhällsinriktande förebyggande insatser inom tandvården bör innefatta insatser för att kartlägga hur faktorer i den yttre miljön och levnadsvillkoren påverkar befolkningens tandhälsa. Landstingen bör ta till vara, systematisera, bearbeta och utnyttja de kunskaper om risker i människornas levnadsmiljö som observeras i det dagliga tandvårdsarbetet.

Den principiellt betydelsefulla skillnaden mellan landstingens ansvar för hälso- och sjukvården och motsvarande ansvar för tandvården är att för

tandvården läggs fast en skyldighet för landstingen att själva i angiven omfattning svara för vissa slag av tandvård. Några bestämmelser om att landstingen är skyldiga att själva bedriva hälso- och sjukvård finns inte i HSL. Anledningen till att sådana bestämmelser saknas i HSL är naturligtvis det förhållandet att landstingen i realiteten svarar för nästan all hälso- och sjukvård. Några särskilda bestämmelser om skyldighet för landstingen att själva bedriva vård av viss omfattning har därför inte ansetts behövas. Jag återkommer strax till frågan om landstingens skyldighet att själva bedriva tandvårdsverksamhet av viss omfattning (avsnitt 7.1).

I landstingens ansvar för tandvården ingår också att planera tandvården inom landstingsområdet. Planeringen skall ske med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Den skall ske i samverkan med berörda samhällsorgan, organisationer och enskilda. Jag återkommer till frågan om planering och samverkan (avsnitt 8).

Jag vill dock redan nu ta upp frågan hur landstingens ansvar för tandvården skall förhålla sig till de privata vårdgivarnas verksamhet. Liksom beträffande landstingens ansvar för hälso- och sjukvården enligt HSL innebär ansvaret för tandvården i den nu föreslagna lagen inte någon bestämmanderätt över de privata vårdgivarna. Var och en som är behörig att utöva yrke inom tandvården är självfallet helt fri att göra detta och på den ort han själv önskar. Landstingens skyldighet att planera tandvården omfattar all tandvård inom landstingsområdet, dvs. både den som bedrivs av landstingen själva och den som utförs av privata vårdgivare. Planeringsansvaret innebär dock inte någon beslutanderätt över de privata vårdgivarna, t.ex. vad gäller lokalisering samt inriktning och omfattning av verksamheten.

Däremot kan givetvis villkor uppställas för anslutning till tandvårdsförsäkringen, vilket också skett sedan försäkringen infördes. Den som inte är beredd att följa sådana villkor medges inte heller rätt till anslutning. Eftersom i det närmaste samtliga privata vårdgivare är anslutna till tandvårdsförsäkringen, innebär detta att samhället inom försäkringens ram kan skapa de styrmedel som behövs för att tillgodose hela befolkningens behov av tandvård.

Regeringen har i propositionen (1983/84:190) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen lagt fram förslag om ett nytt ersättningssystem för hälso- och sjukvården. Propositionen godtogs av riksdagen och arbetet pågår med att genomföra förslaget. Jag anser att det finns skäl att pröva formerna för samverkan mellan tandvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna och undersöka förutsättningarna för ett förändrat ersättningssystem för tandvården. Arbetet med att pröva förutsättningarna för ett sådant system bör bedrivas i samråd med Landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund, vilka båda förklarat sig villiga att medverka i ett sådant arbete.

När det gäller landstingets skyldighet att erbjuda tandvård åt dem som vistas inom landstingsområdet utan att vara bosatta där vill jag anföra följande.

Folktandvårdslagen innehåller när det gäller vuxentandvården inte någon bestämmelse om skyldighet att svara för akutvård. Som inom hälso- och sjukvården i övrigt bör även inom tandvården finnas en möjlighet för en patient att få vård vid akuta besvär oavsett var han eller hon är kyrkobokförd. Avgörande i detta fall har alltid varit den faktiska vistelseorten.

## 7.1 Folktandvården

Jag har i det tidigare behandlat vissa frågor om landstingens ansvar för den framtida tandvården. Omfattningen och inriktningen av den tandvård som landstingen själva skall ombesörja har jag ännu inte närmare berört. Som framgått av mina tidigare övervägande delar jag TU 78:s och remissinstansernas uppfattning, att det är nödvändigt att också i en ny tandvårdslagstiftning lägga fast en skyldighet för landstingen att själva svara för viss tandvård genom egen verksamhet. Detta gäller all tandvård för barn och ungdomar till och med 19 års ålder, specialisttandvård åt vuxna och allmäntandvård för vuxna i lämplig omfattning. Frågan om ett lagstadgat ansvar för landstingen att svara för sjukhustandvård samt viss handikapptandvård återkommer jag strax till.

### 7.1.1 Barn- och ungdomstandvården

**Mitt förslag:** Landstingen skall, genom folktandvården, själva svara för regelbunden och fullständig tandvård, specialistvård inberäknad, för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år. Tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri för patienten.

**TU 78:s förslag:** Överensstämmer med mitt förslag.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser tillstyrker utredningens förslag.

Några tandvårdshuvudmän samt Sveriges tandläkarförbund anser att barn- och ungdomstandvården delvis bör kunna ombesörjas av privattandvården genom samverkansavtal.

**Skälen för mitt förslag:** Samhällets ansvar är särskilt stort för att barnen skall få så goda startmöjligheter som möjligt i livet. Det är särskilt viktigt att på olika sätt söka nå de barn som lever under besvärliga sociala betingelser och därför riskerar att gå miste om vård. Ansvar för barnens och ungdomarnas tandhälsa kräver därför särskilt aktiva insatser från samhällets sida. Den vuxnes förutsättningar att uppnå och bibehålla en god tandhälsa bestäms i mycket stor utsträckning av hur tandvården utformades under hans barndomsår.

Enligt 2 § folktandvårdslagen skall landstinget svara för tandvård för barn och ungdomar som är bosatta i landstingsområdet till och med det år då de fyller 19 år. Barnen och ungdomarna skall erbjudas en regelbunden och fullständig behandling. Tandvården innefattar även specialisttandvård. De skall också få behövlig vård för akuta tandbesvär.

Den organiserade barn- och ungdomstandvården har nått mycket goda resultat. Barnen har fått en stadigt förbättrad tandhälsa. Andelen kariesfria barn ökade t.ex. för sexåringarna från 11% år 1973 till 37% år 1983. För tioåringarna mer än fördubblades andelen (med ett kariesfritt permanent bett) enbart mellan åren 1980 och 1983, från 9% till 19%. Mycket stora skillnader finns dock mellan olika landstingsområden, från mindre än 10% till 47% (vissa skillnader i definitioner kan förekomma men har inte så stor betydelse för denna åldersgrupp).

Behandlingstiderna har sjunkit påtagligt. Den genomsnittliga behandlingstiden hos distriktstandläkaren uppgick år 1983 till 1,5 timmar. Variationerna var dock stora, från drygt 1 timme till nästan två timmar. Det finns ingen samvariation mellan andelen kariesfria barn och medelbehandlings-tid.

En viktig förutsättning för de goda resultaten har varit att vården har omfattat alla barn. Genom kallelsesystem har även barn från socialt mindre gynnade förhållanden kunnat nås med både förebyggande och reparativa åtgärder. I genomsnitt får 94 % av alla barn och ungdomar i landet fullständig årlig behandling. Även på denna punkt finns vissa variationer, från 86 % i landstinget med den lägsta täckningsgraden till 99 % i landstingen med den högsta täckningsgraden.

Organisationen av barn- och ungdomstandvården med ett enhetligt ersättningsbelopp per barn har stimulerat till ett långsiktigt tänkande, inriktat på att nå en så god hälsa för barnen som möjligt till en låg kostnad. Landstingen har varit medvetna om att de har haft ansvaret för sina barn och ungdomar till och med 19 års ålder och att det har gällt att slussa ut ungdomarna vid denna ålder med så friska tänder som möjligt och samtidigt hålla kostnaderna nere. Inslaget av förebyggande åtgärder har varit stort. Dessa incitament är självfallet fördelaktiga även samhällsekonomiskt.

Mot denna bakgrund delar jag TU 78:s och remissinstansernas uppfattning att ansvaret för barn- och ungdomstandvården oförändrat bör ligga kvar på landstingen. Ansvaret skall innefatta såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Det innefattar såväl akuttandvård som regelbundna hälsokontroller och behandling. Ansvaret omfattar givetvis också de barn som vistas på landstingens vårdinrättningar eller som kräver särskilda vårdresurser dvs. särskilda kunskaper eller erfarenheter hos personalen, särskilt anpassade lokaler eller särskild utrustning.

Av remissvaren framgår att det finns olika uppfattningar bland tandvårdshuvudmännen om vilken organisation av barn- och ungdomstandvården som är mest effektiv samt i vilken mån andra personalgrupper än tandläkare skall

medverka i vården. Det bör enligt min mening ankomma på huvudmännen själva att inom ramen för gällande bestämmelser välja den form för vården de finner vara mest effektiv, dvs. som ger alla barn en god tandhälsa till en så låg kostnad som möjligt.

Det finns dock en aspekt som jag särskilt vill betona. Det är synnerligen angeläget att vården, och inte minst den förebyggande vården, når *alla* barn, dvs. även barn från mindre gynnade sociala förhållanden samt handikappade och långvarigt sjuka barn.

Barnens tandhälsokontroller har hittills varit regelbundna. De bör vara så även i fortsättningen. TU 78 konstaterar att ersättningen för barn- och ungdomstandvården är så utformad i dag att alla barn och ungdomar måste undersökas och behandlas inom en tolv månadersperiod för att maximal ersättning skall kunna utgå. Utredningen konstaterar att intervallet enligt odontologisk expertis skulle kunna utsträckas till mer än 12 månader utan att tandhälsan äventyrades. Utredningen anser mot denna bakgrund att täckningsgraden i fortsättningen bör kunna relateras till 18 månader inom barn- och ungdomstandvården. Socialstyrelsen har i sitt remissyttrande instämt i utredningens bedömning.

Frågan om lämpliga behandlingsintervall har diskuterats mycket. Ur odontologisk synvinkel finns skäl att låta behandlingsintervallen variera. Till exempel kan bettutveckling, olycksfallsskador och hög tandsjukdomsaktivitet kräva individuellt anpassade behandlingsintervall.

Modeller finns utvecklade för förlängda revisionsintervall. Det finns å andra sidan fördelar med årliga hälsokontroller. Det kan vara administrativt enklare att kalla barnen till undersökning med årliga intervall. Riskerna för att vissa barn faller utanför systemet kan därmed minska. Jag utgår från att socialstyrelsen och tandvårdshuvudmännen kommer att följa denna fråga med uppmärksamhet och göra jämförelser mellan olika system för att utvärdera vilket system som bäst uppnår de uppsatta målen till lägsta kostnad.

Skolans medverkan i tandvården är väsentlig för ett gott resultat. Om eleverna har nära kontakt med och ofta ser tandvårdspersonalen kan en eventuell rädsla försvinna samtidigt som motivationen för att sköta tänderna kan öka. Det bör bli mindre vanligt att barnen uteblir från avtalade besök. Detta gäller alla barn men blir särskilt viktigt för elever från socialt utsatta hem.

Barn- och ungdomstandvården bör bedrivas av folktandvårdens egen personal. Det finns dock situationer när det kan vara lämpligt att göra undantag från denna regel. I t.ex. en glesbygd där reseavstånden för barnen annars skulle kunna bli mycket långa kan det för barnens skull vara en ändamålsenlig uppläggning att landstinget sluter ett avtal med en privat vårdgivare om att denne skall ombesörja vården. Tandläkaren bör då ta ett kontinuerligt ansvar för en eller flera klasser. Som i all barntandvård är det viktigt att tandläkaren har förmåga och kompetens för det komplicerade samspel som erfordras för att få barn motiverade för tandvård.

Landstingen bör i dessa fall följa upp resultaten av vården. Inte minst väsentligt är detta när det gäller den förebyggande tandvården för eleverna. Olika utbildningsinsatser (informationsdagar m.m.) kan vara en väg att göra privat tandläkaren förtrogen med landstingets synsätt på barn- och ungdomstandvården inkluderande specialisttandvården.

Barn- och ungdomstandvården skall liksom hittills vara avgiftsfri för patienterna.

### 7.1.2 Vuxentandvården

#### 7.1.2.1 Specialisttandvården

**Mitt förslag:** Landstingen skall, genom folktandvården, själva svara för specialisttandvården för den vuxna befolkningen.

**TU 78:s förslag:** Överensstämmer i princip med mitt förslag.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser utom två landsting samt Sveriges tandläkarförbund har varit positiva till utredningens förslag.

**Skälen för mitt förslag:** Landstingen har i dag enligt 3 § folktandvårdslagen ansvaret för specialisttandvården för vuxna som är bosatta inom landstingsområdet.

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. Detta gör det möjligt för allmäntandläkaren att utföra även mer komplicerade arbeten. Inom ramen för landstingens ansvar ligger som jag tidigare beskrivit också ett ansvar för tandvårdens inriktning. Om specialisterna är knutna till folktandvården kan de på ett avgörande sätt medverka till att effektiva vårdprogram utarbetas och genomförs.

Jag delar den uppfattning som vissa remissinstanser framför, att det är viktigt att hitta former för specialistverksamheten som inte leder till att ett fåtal individer som efterfrågar sådan vård får en mycket avancerad vård och att denna vård blir tillgänglig huvudsakligen i storstadsområdena. Genom att landstingen har haft ansvaret för specialisttandvården har den begränsade men efterhand ökande tillgången på specialister kunnat spridas över landet så att landstingen i dag i allmänhet har tillgång till specialister. Denna utveckling bör fortsätta.

Specialister verksamma i folktandvården arbetar på heltid inom sin specialitet. Av de privat verksamma specialisterna redovisar färre än hälften en arbetstid om mer än 1 400 timmar/år varav 50% avser allmäntandvård. Specialistutbildningen är resurskrävande för samhället. Ur samhällsekonomi-

misk synvinkel är det därför särskilt viktigt att dessa resurser utnyttjas så effektivt som möjligt. Riksrevisionsverket har i sitt remissvar understrukt att det ur detta perspektiv är väsentligt att begränsa utbyggnaden av specialisttandvården.

Det finns enligt min mening således många skäl som talar för att landstingen bör svara för specialisttandvården och att denna i huvudsak bör bedrivas av landstingens egen personal. I den mån viss del av verksamheten utförs i privat regi bör ett avtal finnas mellan landstinget och den privata vårdgivaren.

TU 78 har pekat på att befolkningsunderlaget i vissa landsting är för litet för att huvudmännen var för sig skall svara för alla slag av specialisttandvård. Utredningen framhåller att det i sådana fall många gånger kan vara lämpligt att huvudmännen i samverkan organiserar specialisttandvården på samma sätt som inom hälso- och sjukvården. Jag delar utredningens syn på behovet av samverkan. Jag förutsätter att landstingen själva finner formerna för denna samverkan.

Specialistutbildning bedrivs i dag vid de odontologiska fakulteterna i samband med grundutbildningen av tandläkare i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. Specialistutbildning bedrivs dessutom av landstingen i Jönköpings och Örebro län samt vid Eastmaninstitutet i Stockholm. Såväl i Jönköping som i Örebro bedrivs undervisningen efter systematiserade utbildningsprogram.

Behovet av specialister inom olika specialiteter har tidigare bedömts av 1971 års specialistutredning. Dessa beräkningar behöver numera revideras. Socialstyrelsen gör f.n. efter samråd med Landstingsförbundet en förnyad bedömning av vad som är lämplig omfattning på specialisttandvården.

Riksdagen har beslutat att en ny specialistutbildning skall införas. Den innebär dels tjänstgöring, dels systematisk kursundervisning. Den nya specialistutbildningen skall enligt riksdagsbeslutet – under förutsättning av godtagbara ekonomiska villkor – införas när huvudmannaskapet för den tandvård som bedrivs i anslutning till den odontologiska utbildningen och forskningen förts över till tandvårdshuvudmännen. Förhandlingar pågår f.n. mellan statens förhandlingsnämnd och Landstingsförbundet.

#### 7.1.2.2 Allmäntandvården

**Mitt förslag:** Landstingen skall, genom folktandvården, själva svara för övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstingen bedömer lämplig.

**TU 78:s förslag:** Utredningen föreslår att folktandvården skall byggas ut att omfatta minst 35 % av allmäntandvården för vuxna i landstinget. Utbyggnaden skall för Stockholms läns landsting samt för Göteborg och Malmö

kommuner vara genomförd senast vid utgången av år 1992 samt för övriga tandvårdshuvudmän senast vid utgången av år 1987.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser har varit negativa till utredningens förslag. Ett fåtal landsting samt Landstingsförbundet, LO och TCO har varit positiva.

Ett par landsting har förordat att utredningens förslag får tjäna som riktmärke för folktandvårdens fortsatta utbyggnad av vuxentandvården men att detta inte regleras i lag vare sig i volym eller tid.

**Skälen för mitt förslag:** I den utbyggnadsmodell för folktandvården som skisserades av 1970 års utredning om en allmän tandvårdsförsäkring var utgångspunkten att folktandvårdens andel av allmäntandvården för vuxna skulle öka från 20 % år 1971 till ca 35 % år 1980 räknat i tandläkartimmar. Beräkningen grundades bl.a. på att i stort sett hälften av folktandvårdens nettotillskott på tandläkartimmar skulle tillföras vuxentandvården. En utgångspunkt för beräkningen var att folktandvårdens tandläkare avtalsenligt skulle få arbeta ungefär halva tiden i vuxentandvård.

Enligt riksdagens beslut var avsikten att folktandvården vid utgången av 1970-talet skulle vara utbyggd så att den skulle svara för ca 35 % av allmäntandvården för vuxna (SfU 1973:20). Folktandvårdens andel av allmäntandvården för vuxna har dock endast ökat från ca 20 till ca 26 %. Skillnaderna mellan olika landsting är påtagliga, från 11 % i Malmö kommun till närmare 70 % i Norrbottens län.

Jag har tidigare föreslagit att landstingens lagfästa ansvar för barn- och ungdomstandvården skall bibehållas. Landstingen bör vidare, som hittills, genom folktandvården erbjuda tandvård åt patienter vid landstingens vårdinrättningar m.m. samt åt vissa handikappade. Detta förutsätter att folktandvården har tillräckliga resurser.

Samtliga remissinstanser har poängterat vikten av att förebyggande vård kommer till stånd i önskvärd utsträckning. Landstingsförbundet anser att det är naturligt att den organisation som finns inom folktandvården för systematisk förebyggande vård till barn och ungdomar byggs ut så att även vuxna patienter får tillgång till såväl kollektiv som individuell tandhålsvård.

I många sammanhang har konstaterats att förebyggande tandvård trots att den ökat i omfattning under de senaste åren, ändå inte bedrivs i den utsträckning som skulle vara önskvärd för samtliga vuxna patienter. Några tänkbara orsaker till detta är:

- Vissa tandläkare är sannolikt inte förtrogna med flera av åtgärderna. Det är först under 1960- och 1970-talen som förebyggande behandling har betonats alltmer i tandläkarutbildningen.

- Det kan finnas tandläkare som inte är övertygade om att de förebyggande åtgärderna är effektiva och av detta skäl avstår från att använda dem.

– Andra faktorer såsom mottagningarnas organisation, personalsammansättningen eller tandvårdstaxans konstruktion.

Jag har tidigare framhållit hur väsentligt det är med förebyggande vård för att bibehålla tandhälsan och uppnå samhällsekonomiskt acceptabla kostnader för tandvården. Jag anser att det är nödvändigt att den framtida vuxentandvården utformas så att den kommer att omfatta förebyggande vård i större omfattning. Den bör vara väl avvägd och anpassad efter varje enskild patients förutsättningar.

Folktandvården har spelat en framträdande roll vid satsningen på förebyggande tandvård framförallt för barn och ungdom. Möjligheterna att förbättra hela befolkningens tandhälsa hänger nära samman med möjligheterna att vidmakthålla den förbättrade tandhälsan bland barn och ungdomar när de blir vuxna. Det är således viktigt att folktandvården genom uppföljning och förebyggande insatser kan understödja den positiva utveckling som sker. Speciell uppmärksamhet bör riktas mot de åldersgrupper som nu lämnar barn- och ungdomstandvården och som i regel har en mycket god tandhälsa.

Jag anser att folktandvården har särskilt goda förutsättningar att medverka till uppsökande verksamhet bland de grupper som f.n. inte har tillgång till eller av olika skäl inte efterfrågar tandvård. Folktandvården har goda möjligheter att inom ramen för en uppsökande verksamhet beakta fördelningen av tandvårdsresurser mellan kommuner och mellan befolkningsgrupper.

Det finns således enligt min mening flera skäl som talar för att bibehålla 1973 års målsättning för allmäntandvården för vuxna. De landstingsområden som i så fall skulle behöva bygga ut sin folktandvård är dock mycket tandläkartäta genom att där finns många privata tandläkare. En utbyggnad kan i så fall bara ske i den mån det har skett en så stor avgång bland de privata vårdgivarna att det samtidigt kan ske en utjämning av tandvårdsresurserna mellan olika landstingsområden. Det bör ankomma på landstingen själva att besluta om folktandvårdens fortsatta utbyggnad av allmäntandvården för vuxna. Jag är således inte beredd att föreslå en bestämmelse i lagen som anger den minsta del av allmäntandvården för vuxna som folktandvården skall svara för.

En fråga som ofta har diskuterats är om det föreligger någon skillnad i effektivitet mellan folktandvården och privattandvården. Det är svårt att ha någon uppfattning om detta då förutsättningarna är så olika. Några fakta som alla dock tycks vara överens om är:

1. Inom privattandvården görs fler och dyrare åtgärder per patient. Detta gäller särskilt den fasta protetiken.

2. Kostnaden per behandlad patient är högre i folktandvården än i privattandvården. Detta beror på att kostnaderna för annan personal än tandläkare är relativt sett högre.

3. Kostnaderna för inventarier och lokaler är betydligt större för folktand-

vården än privattandvården.

Folktandvården har delvis andra uppgifter än privattandvården. Förhållandena är således inte helt jämförbara. Men två slutsatser är ändå möjliga att dra. Folktandvården bör tillsammans med privattandvården diskutera tandvårdens inriktning. Det är viktigt att följa upp resultaten av vården, bl.a. resultaten av folktandvårdens vårdinriktning med en klarare markering av den förebyggande vården och färre protetiska arbeten än privattandvården. Det är angeläget att se om patienterna genom de vidtagna åtgärderna – inte minst på sikt – uppnår en sådan förbättrad tandhälsa – även subjektivt – att det motiverar de insatta resurserna.

Såväl folktandvården som privattandvården bör sträva efter att genomföra de åtgärder man kommit överens om så effektivt och billigt som möjligt.

Flera tandvårdshuvudmän utvecklar f.n. budget- och redovisningssystem som är så utformade att kostnader och intäkter kan följas upp för den enskilda kliniken. Ett sätt för folktandvården att uppnå ett bättre resultat har visat sig vara att öka friheten för klinikledningarna att inom en given budget välja en lämplig kombination av olika personalkategorier, lokaler och utrustning.

Ett exempel på vad en annan kombination av olika personalkategorier kan innebära finns i Kopparbergs län. Särna distriktstandpoliklinik är ensam tandklinik i ett glesbygdsområde med sammanlagt 3 000 invånare. Tandvården där har sedan år 1977 bedrivits som s.k. etapptandvård med ett tungt inslag av tandhälsovård. Det finns bara 1 tandläkare men 5,5 personer i den övriga tandvårdspersonalen (tandsköterskor och tandhygienister). Invånarna i området har med dessa resurser kunnat få en tillfredsställande tandvård. Det finns i dag ingen kölista. All personal är väl insatt i målen för klinikens verksamhet och tar ett stort eget ansvar för att de uppsatta målen skall kunna förverkligas.

Kariesfrekvensen hos barnen har sjunkit drastiskt under de år verksamheten har pågått. För merparten av de patienter som har gått på regelbundna kontroller har utvecklingen av karies och parodontit varit mycket låg. Drygt 90 % av de vuxna patienterna har inte utvecklat karies. Merparten av dessa patienter har haft en tid mellan tandläkarundersökningarna på 18 månader eller mer. Patienterna har haft ett stort antal utläkta kariesangrepp samt en stor egen kunskap om hur man bör sköta sina tänder.

Det stora flertalet patienter accepterade att få sin tandvård uppdelad i etapper och de var nöjda med behandlingen. (S.k. etapptandvård beskriva i socialstyrelsens cirkulär 1974:103). Patienterna ansåg att det var viktigt med förebyggande tandvård.

Även i den s.k. Värmlandsundersökningen (Ds S 1984:13) understryks att man med en väl avvägd profylaktisk insats kan förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling hos vuxna patienter.

## 7.1.2.3 Sjukhustandvården

TU 78 har föreslagit att landstingen skall få ett lagfäst ansvar för tandvård för patienter som är intagna för vård vid landstingens vårdinrättningar.

Tandvården skall i första hand avse akuttandvård i de fall då patienten vistas kortare tid än sex månader på institutionen. Avser vistelsen längre tid bör ansvaret gälla en fullständig tandvård. Utredningen har vidare uttalat att tandvården bör kunna tillhandahållas antingen inom folktandvårdens ram eller genom avtal med privatpraktiserande tandläkare.

Utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter har instämt i TU 78:s förslag samt angivit att till sjukhustandvårdens patientgrupper i första hand bör hänföras ineliggande patienter vid landstingens sjukhus. I denna grupp bör även ingå bl.a. patienter vid enskilda vårdhem, i hemsjukvården samt vid kriminalvårdens anstalter.

Så gott som samtliga remissinstanser har tillstyrkt såväl TU 78:s förslag som förslagen från utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

Det finns inte något lagstadgat ansvar för landstingen att ombesörja tandvård för dem som vistas vid landstingens egna vårdinrättningar. I propositionen (1973:45) med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m.m. framhöll dock föredragande statsrådet att det borde ankomma på landstingen att erbjuda tandvård på sina vårdinstitutioner för långtidssjuka och handikappade. Även i övrigt borde den ansvarige huvudmannen för olika institutioner tillse att tandvård i större utsträckning än som då var fallet erbjöds de patienter som vistades på institutionerna.

Landstingen har byggt ut sin sjukhustandvård i varierande grad och på olika sätt. Ett tiotal landsting har organiserat sjukhustandvården som en särskild vårdgren inom folktandvårdens distriktstandvård och ungefär lika många planerar en sådan lösning. Många vårdinstitutioner har egen tandklinik.

Trots den utbyggnad av sjukhustandvården som har skett under senare år föreligger fortfarande brister. Det finns en bred uppslutning kring att sjukhustandvården byggs ut så att den täcker tandvårdsbehoven hos de patienter som vårdas vid landstingens vårdinrättningar. Till vårdinrättningar i detta sammanhang hör även landstingsinstitutioner som inackorderingshem och elevhem.

Jag anser att vården som hittills i huvudsak bör ges av folktandvårdens egen personal. Om vården utförs av privatpraktiserande tandläkare bör ett vårdavtal slutas, där sådana frågor som revisionsintervall, vårdens inriktning m.m. regleras.

I samband med att ett förändrat ersättningssystem provas för tandvården kommer frågan om ett lagfäst ansvar för landstingen för sjukhustandvården att behandlas.

Landstingen har vårdavtal med flertalet enskilda vårdhem. Landstingen bör medverka till att lösa tandvårdsfrågan även vid dessa.

Det finns en rad institutioner där primärkommunen eller olika kommunalförbund är huvudman för verksamheten. I dessa fall bör denne svara för att de som vistas vid institutionen kommer i kontakt med tandvården. Denna fråga bör lösas i samverkan med landstingen. Jag har behandlat den uppsökande verksamheten för äldre under avsnittet om kraven på tandvården (5).

Problemen är mångskiftande och kräver ofta individuella lösningar. Stora krav ställs på tandhälsövård. I den mån patienterna behöver hjälp med den dagliga munvården sköts den normalt av den ordinarie vårdpersonalen. Det är väsentligt att insatserna blir väl avvägda med hänsyn till patientens förutsättningar samt samordnade med den medicinska vården och eventuella övriga vård- eller rehabiliteringsinsatser.

Olika organisatoriska lösningar kan bli aktuella beroende på lokala förhållanden. Varje landsting svarar för att tandvården får en lämplig inriktning och ambitionsnivå, t.ex. genom att vårdprogram utarbetas för olika patientgrupper.

Ansvar för tandvården vid kriminalvårdens anstalter ligger hos kriminalvårdsverket. Tandvården bedrivs dels som akuttandvård, dels som kompletterande tandvård om verkställighetstidens längd gör detta möjligt. I regel ges inte kompletterande tandvård om strafftiden är kortare än sex månader. Tandvården ombesörjs dels av privatpraktiserande tandläkare, dels genom folktandvårdens försorg. Genom att tillgången på tandläkare har ökat har tandvårdssituationen förbättrats vid anstalterna.

Tandvårdsbehovet är ofta mycket stort hos de intagna. Särskilt gäller detta narkotikamissbrukarna. Från allmän rehabiliteringssynpunkt är det väsentligt att tandvårdsbehoven tillgodoses för de intagna.

Kriminalvårdsverket bör även fortsättningsvis ha ansvaret för tandvården vid anstalterna. Landstingen bör kunna medverka till att ge anstalterna tandvårdsservice, bl.a. för att undvika dubbelorganisation och för att resurserna skall kunna utnyttjas så effektivt som möjligt. Jag kommer i nästa avsnitt att behandla frågan om tandvård för patienter som har allvarliga smittsamma sjukdomar.

Landstingens ansvar för de vuxna psykiskt utvecklingsstörda innefattar även ett ansvar för att tandvård kan erhållas. I övrigt regleras frågor som rör omsorgerna om denna grupp i omsorgslagen (1967:940) och omsorgsstadgan (1968:146). F.n. bereds de förslag som lagts fram av omsorgskommittén i betänkandet (SOU 1981:26) Omsorger om vissa handikappade inom en särskild arbetsgrupp. Regeringen räknar med att lägga fram en proposition med anledning av omsorgskommitténs och arbetsgruppens förslag under första halvåret 1985.

Frågan om vårdansvaret för de barn och ungdomar som vistas vid landstingens vårdinrättningar har jag behandlat under avsnittet om barn- och ungdomstandvården.

Frågan om patientavgifter behandlas inte i denna lagrådsremiss.

#### 7.1.2.4 Tandvården för vissa handikappade m.fl.

TU 78 föreslår att landstingen skall svara för tandvård åt de vuxna handikappade som har svårt att få tandvård på vanligt sätt. Det bör överlåtas åt landstingen att avgränsa de grupper det är fråga om. Varje landsting bör också bestämma takten i utbyggnaden inom ramen för de praktiska och ekonomiska möjligheterna. Som riktmärke anger utredningen att utbyggnaden bör vara klar under 1980-talet. Landstingen bör själva finna formerna för hur handikapptandvården organisatoriskt, administrativt och praktiskt skall genomföras.

Enligt utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter finns en grupp personer som på grund av sjukdom eller handikapp kräver sjukhustandvårdens resurser. Endast i de fall då allmäntandvården inte kan omhänderta en patient skall sjukhustandvårdens resurser tas i anspråk. Exempel ges på sådana personer som på grund av sjukdom eller handikapp kan kräva sjukhustandvård, t.ex. personer på primärkommunala serviceinrättningar, från långvården utskrivna patienter, hemmaboende psykiskt utvecklingsstörda, alkohol- och narkotikaberoende patienter, vissa svårbehandlade patienter.

Remissinstanserna är i princip positiva till såväl TU 78:s förslag som förslagen från utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter. Vissa remissinstanser betonar att tandvården i så stor utsträckning som möjligt bör ske inom allmäntandvården.

Statens handikappråd och handikapporganisationerna tillstyrker att landstingen får ett lagstadgat ansvar för de handikappades tandvård men är tveksamma till TU 78:s förslag i övrigt. Bl.a. anses innebörden av landstingens ansvar oklar. Utredningen har inte givit några riktlinjer till landstingen om hur ansvaret skall fullgöras organisatoriskt, administrativt och praktiskt. Det finns ingen bindande tidsplan. Vidare bör alla tandläkarmottagningar vara tillgängliga för människor med funktionshinder.

Några remissinstanser konstaterar att tandvården för missbrukare inte har berörts.

Inom folktandvården har man sedan länge tagit betydelsefulla initiativ för att tillgodose de angelägna tandvårdsbehoven hos handikappade patienter och patienter med särskilda tandvårdsbehov. Det har successivt byggts upp resurser för att tillgodose dessa behov. En enkät som utförts av en arbetsgrupp inom TU 78 visar dock att nuvarande insatser, möjligen med något undantag, inte räcker för att tillgodose behoven. Undersökningen visar också att stora skillnader föreligger mellan landstingen både när det gäller den nuvarande nivån och planerna för den framtida utbyggnaden. Ytterligare insatser behöver följaktligen göras för att de handikappade skall få en tandvård på samma villkor som den övriga befolkningen.

Utgångspunkten bör för handikappade patienter vara att de som alla andra vuxna medborgare omfattas av den allmänna tandvårdsförsäkringen samt landstingens övergripande ansvar att erbjuda en god tandvård åt alla inom

landstingsområdet. För vissa handikappgrupper kan dock erfordras en särskild anpassning av lokalerna eller särskild utrustning för att de skall kunna få vård. Det kan också vara så att personalen behöver särskilda kunskaper och erfarenheter för att behandla patienterna. I dessa fall bör – i likhet med vad föredragande statsrådet konstaterade i propositionen om tandvårdsförsäkringen – ankomma på landstingen att erbjuda tandvård. I den mån vården utförs av en privat vårdgivare bör ett vårdavtal slutas. Liksom beträffande sjukhustandvården bör frågan om ett lagfäst ansvar för landstingen att svara för viss handikapptandvård behandlas i samband med att ett nytt ersättningssystem prövas för tandvården.

För vissa av dessa patientgrupper är det önskvärt att landstingen aktivt söker upp patienterna.

De patientgrupper som är aktuella i detta sammanhang kan huvudsakligen indelas i följande kategorier:

1. Patienter vilkas handikapp medför behov av tandvårdslokaler som är så inredda och så utrustade att patienterna vid behov kan behandlas i t.ex. rullstol. Hit hör bl.a. de rörelsehindrade med rörelsehinder i benen.

2. Patienter som är beroende av tänderna som gripverktyg och som inte själva kan sköta sin munhygien. Hit hör t.ex. rörelsehindrade som är förlamade i armarna.

3. Patienter som är svårbehandlade, t.ex. genom okontrollerade muskelrörelser. Hit hör t.ex. patienter med skador i centrala nervsystemet, många psykiskt sjuka eller utvecklingsstörda. Dessa patienter måste ofta behandlas under narkos.

4. Patienter, t.ex. barndomsdöva och vuxendöva, som inte kan kommunicera på vanligt sätt med tandvårdspersonalen.

5. Patienter som i tandvården kan sprida allvarliga smittsamma sjukdomar, i första hand hepatit B (eller närbesläktade former). Till denna grupp kan bl.a. personer höra som missbrukar narkotika.

Samtliga dessa patientgrupper kan i viss utsträckning behandlas i distriktstandvården. Det är angeläget att det vårdbehov som finns hos patienterna i möjligaste mån kan tillgodoses inom distriktstandvården. Det är väsentligt att tandläkarna i distriktstandvården får erforderlig handledning och erforderliga kunskaper.

Ofta kan en handikappanpassning av lokaler och utrustning ske med relativt små medel. Enligt byggnadsstadgan så skall denna typ av lokaler – oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi – vid ny- och ombyggnation handikappanpassas. Vid ombyggnation får dock dessa krav vägas mot bl.a. kravet på att kostnaderna inte får bli oskäligen.

Socialstyrelsen har utarbetat förslag till tandhållsovårdsrutiner för handikappade vuxna och patienter inom åldringsvården.

Västerbottens läns landsting har för sin planering gjort en särskild inventering av tandvårdsbehoven för att kunna dimensionera tandvården för de patientgrupper som har särskilda tandvårdsbehov eller omfattas av sjukhustandvården.

## 7.2 Folk tandvårdens personal

**Mitt förslag:** I folktandvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela en god tandvård. Regeringen får meddela föreskrifter om behörighet till och tillsättning av tjänster. Regeringen får överlåta på socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

**TU 78:s förslag:** Utredningen har inte särskilt behandlat denna fråga.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna har inte yttrat sig i frågan.

**Skälen för mitt förslag:** Liksom för övrig hälso- och sjukvård är tillgången till en kvalificerad personal en nödvändig förutsättning för att landstinget skall kunna fullgöra sitt ansvar som vårdgivare. Det bör dock ankomma på huvudmannen själv att bestämma vilken personal som skall finnas. Personalen måste dock alltid uppfylla de utbildnings- och andra kompetenskrav som kan finnas uppställda. Jag vill här understryka personalens stora betydelse för vårdens kvalitet.

TU 78 ansåg att betydande samhällsekonomiska vinster står att vinna med en mera rationell fördelning av arbetsuppgifterna mellan tandläkare och andra yrkesgrupper inom tandvården. Jag delar denna uppfattning. Tandläkarnas arbete bör i så stor utsträckning som möjligt avse sådana arbetsuppgifter som kan utföras endast av tandläkare. Inom den förebyggande tandvården kan många arbetsuppgifter med fördel utföras även av personal med annan utbildning. I likhet med utredningen anser jag att sådana arbetsuppgifter om möjligt bör läggas på tandhygienister eller tandsköterskor.

Socialstyrelsen betonar i sitt remissyttrande att tandvårdsresurserna måste fördelas och inriktas så att förebyggande vård snarast möjligt kan erbjudas alla vuxna. Möjligheterna till detta ökar enligt styrelsen om planeringen av vården i högre grad än f.n. utgår från de förebyggande insatser som tandhygienister och tandsköterskor kan utföra. Styrelsen avser att beakta detta vid det fortsatta arbetet med att utarbeta underlag för vårdprogram (behandlingsprogram).

Intressanta erfarenheter kan hämtas från bl.a. Stockholms läns landsting, där arbetsuppgifter inom tandregleringsvården delegerats från tandläkare till specialutbildade tandsköterskor.

Jag vill här också något beröra frågan om efterutbildningen av tandvårdspersonalen. Kunskaperna om tandsjukdomarna och om hur de förebyggs finns inom tandvården. Där finns också kunskaper om hur information, instruktion och undervisning bör bedrivas för att positivt påverka patienterna. Kunskaperna har dock otillräcklig spridning. Undervisning av tandvårdspersonalen i dessa frågor bör därför prioriteras högt i efterutbildningen i framtiden.

Information till och undervisning av invandrare kan innebära särskilda problem, inte bara på grund av språksvårigheter utan också till följd av skilda bakgrundskunskaper och olika kulturell bakgrund. Även dessa frågor kan behöva ägnas särskild uppmärksamhet i utbildningen av tandvårdspersonalen. Lokalt kan samarbete tas upp med invandrarorganisationerna i syfte att få deras medverkan vid utformningen av informationen och undervisningen.

Med hänsyn till tandvårdsverksamhetens art har särskilda bestämmelser ställts upp för behörighet till och tillsättning av vissa tjänster hos folktandvården. Sådana bestämmelser finns intagna i folktandvårdskungörelsen. Liksom för övrig hälso- och sjukvård anser jag att det även hädanefter kan finnas ett behov av sådana bestämmelser för folktandvården. Föreskrifterna bör meddelas av regeringen. Regeringen bör få överlåta på socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter. Frågor om behörighetsregleringen behandlas vidare under avsnittet om tandhygienisternas ställning (10).

### 7.3 Ledning och organisation av folktandvården

**Mitt förslag:** Ledningen av folktandvården skall utövas av en tandvårdsnämnd. - Landstingen får tillsätta en särskild tandvårdsnämnd eller uppdra åt annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Landstingen avgör själva hur verksamheten i övrigt skall organiseras.

**TU 78:s förslag:** Utredningens förslag överensstämmer med mitt förslag.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanserna har ställt sig bakom TU 78:s förslag.

**Skälen för mitt förslag:** Enligt folktandvårdslagen utövas ledningen av folktandvården inom varje landsting av en tandvårdsnämnd. Det står landstinget fritt att tillsätta en särskild tandvårdsnämnd eller att uppdra åt en annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Om landstinget inte har tillsatt en särskild tandvårdsnämnd eller uppdragit åt en annan nämnd att vara tandvårdsnämnd blir hälso- och sjukvårdsnämnden (sjukvårdsstyrelsen) automatiskt tandvårdsnämnd.

Med den nya hälso- och sjukvårdslagen har hälso- och sjukvården i väsentliga avseenden fått en ny form för reglering och en ny inriktning som ställer ökade krav på den politiska ledningen. Den reformering av tandvården som jag nu föreslår kommer att leda till liknande krav för tandvårdens del. Jag delar därför utredningens och remissinstansernas uppfattning att det finns skäl som talar för att tandvården bör ledas av en särskild tandvårdsnämnd. Landstinget bör dock ha möjlighet att uppdra åt någon annan nämnd, t.ex. hälso-och sjukvårdsnämnden, att vara tandvårdsnämnd.

Regeringen avser att senare i höst förelägga riksdagen en proposition med förslag till en lag om lokala och särskilda organ i landstingen. I denna

proposition kommer frågan om landstingens möjlighet att inrätta sådana organ under i princip alla centrala nämnder att behandlas. Därför framläggs inte några förslag i denna lagrådsremiss.

När det gäller organisationen av verksamheten i övrigt skiftar förutsättningarna från landsting till landsting. Särskilt mellan tätbefolkade delar av landet och utpräglade glesbygder finns det stora skillnader. En modell för organisation av tandvården är när en tandvårdsklinik tillsammans med de privata vårdgivarna får ansvaret för tandvården för befolkningen inom ett avgränsat geografiskt område. Denna modell har visat sig särskilt ändamålsenlig inom områden där befolkningen bor och arbetar på i stort sett samma ort.

Det är viktigt att tandvården organiseras på ett sådant sätt att kontinuiteten i vården kan upprätthållas. Tandvårdspersonalen bör ha möjlighet att följa patienten över åren och på detta sätt komma att känna ett ansvar för patientens tandhälsa under en längre tid.

En sådan utveckling underlättas av att tandvårdsmottagningarna får ett ökat ansvar för att fortlöpande följa behandlingstider och behandlingsresultat och för att dessa bedöms i förhållande till resurstillgången. Eftersom nya vårdbehov i huvudsak måste tillgodoses genom omfördelning av befintliga resurser behöver vårdorganisationen och arbetsformerna kunna anpassas och vidareutvecklas för att möta dessa nya behov. Enligt min uppfattning är det tandvårdshuvudmännen själva som bäst kan bedöma hur de lokala förhållandena påverkar organisationen av verksamheten. Jag kan därför ansluta mig till utredningens och remissinstansernas uppfattning att tandvårdshuvudmannen själv bör få bestämma hur folktandvården skall organiseras i landstinget.

Olika organisationsformer bör beskrivas och värderas och kunskapen om resultaten delges huvudmännen och de privata vårdgivarna. Detta är en uppgift för bl.a. socialstyrelsen. Socialstyrelsen bör verka för att prestations- och redovisningssystemen utformas så att de medger jämförelser i effektivitetshänssende mellan olika verksamheter. I bilaga 6 till betänkandet Tandvården under 80-talet finns några modeller och förslag till organisation av tandvården. Modellerna är flexibla och kan således anpassas till lokala förutsättningar.

## 8 Planering och samverkan i tandvården

**Mitt förslag:** Landstinget skall ha ett ansvar för planeringen av all tandvård i kommunen. Planeringen skall ske med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård och statsmakternas övergripande prioriteringar. I planeringen och utvecklingen av tandvården skall landstinget samverka med berörda samhällsorgan, organisationer och enskilda.

**TU 78:s förslag:** Utredningens förslag överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Beträffande den närmare utformningen av planeringen har TU 78 föreslagit, att landstinget skall upprätta en tandvårdsplan som omfattar all tandvård inom landstingsområdet, dvs. både den tandvård som landstinget ombesörjer i egen regi och den som de privata vårdgivarna svarar för. Planen, som skall fastställas av landstinget, bör ses över minst vart tredje år.

Utredningen betonar vikten av att tandvårdsplanen utformas i samverkan med statliga organ, primärkommuner och privata vårdgivare. När det gäller formerna för samverkan mellan landstinget och de privat verksamma tandläkarna föreslår utredningen bl.a. att samverkansavtal ingås.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna har i huvudsak tillstyrkt förslagen.

**Skälen för mitt förslag:** I propositionen om HSL betonades särskilt vikten av planering och samverkan i hälso- och sjukvården. Av 7 § denna lag framgår att ansvaret för planeringen åvilar landstinget. Planeringen skall avse inte endast den egna verksamheten utan även den hälso- och sjukvård som bedrivs av andra vårdgivare. Betydelsen av samverkan med samhällsorgan, organisationer och enskilda i planeringen har kommit till uttryck i 8 § i hälso- och sjukvårdslagen.

## Planering

I propositionen om HSL framhåller föredraganden att planeringen bör utgå från människornas samlade behov av hälso- och sjukvård och från statsmakternas övergripande prioriteringar. Jag delar utredningens och remissinstansernas uppfattning att dessa principer för planeringen bör gälla också tandvården.

Vi befinner oss för närvarande i en besvärlig ekonomisk situation, som dessutom kan förväntas bestå i åtskilliga år. I detta läge är det av största vikt att samhällets resurser används på ett effektivt sätt. En väl utformad planering måste bl.a. syfta till att använda de tillgängliga resurserna på ett sådant sätt att de kommer till största möjliga nytta.

En samlad planering av hela tandvården inom landstinget, dvs. en planering som avser både den landstingskommunala och den privata tandvården har kommit igång i flera landsting. Med hänsyn till behovet av en väl sammanhållen och fungerande tandvård delar jag TU 78:s och remissinstansernas uppfattning att det i framtiden är nödvändigt med en samlad planering av all tandvård inom landstingsområdet. Planeringen skall således innefatta även den vård som ges av privata vårdgivare – oavsett om dessa är anslutna till tandvårdsförsäkringen eller inte. Ansvaret för denna planering måste med nödvändighet ligga på landstingen. Endast de har de resurser och den överblick över verksamheten som krävs.

I likhet med hälso- och sjukvården bör landstingen själva få besluta om formerna för planeringen. Det måste i princip vara landstingen själva som avgör hur detaljerade planer som skall upprättas och vilken tid planeringen skall avse.

Planeringen skall utgå från befolkningens behov av tandvård och resurserna fördelas med utgångspunkt i olika patientgruppers behov av tandvård. För att uppnå en rättvis resursfördelning kan vissa gruppers behov och resurstilldelning kräva en särredovisning. Jag tänker här bl.a. på barn- och ungdomar, patienter vid vårdinrättningar, vissa handikappgrupper, patienter i öppen psykiatrisk vård, äldre och invandrare.

Jag utgår från att socialstyrelsen kommer att i samråd med Landstingsförbundet och Spri utarbeta ett underlag om tandvårdsplanernas innehåll och om lämpligt planeringsunderlag. Flera av remissinstanserna har understrukt att ansvaret för vuxentandvården kräver att landstingen garanteras tillgång till ett planeringsunderlag – vilket även innefattar uppgifter om den vård som ges av privata vårdgivare – med hög kvalitet och tillräcklig detaljeringsgrad.

Några landsting planerar i dag sin barn- och ungdomstandvård med utgångspunkt i upprättade programramar för definierade grupper av barn och ungdomar. Som underlag för programramarna finns uppgifter om tandhälsotillståndet i respektive patientgrupp samt den aktuella tillgången på tandvårdspersonal. En sådan programstyrd planering kan vara tillämplig även för den vuxna befolkningen.

## Samverkan

TU 78 framhåller att landstingens samverkan med de privat verksamma tandläkarna är av största vikt. En sådan samverkan är nödvändig för att befintliga resurser på bästa sätt skall kunna utnyttjas för de mest angelägna behoven. Utredningen föreslår att denna samverkan formaliseras genom samverkansavtal på olika nivåer.

Jag anser det självklart att planering och utveckling sker i samverkan med samhällsorgan, organisationer och enskilda i de fall dessa berörs av tandvårdsplaneringen. Samarbetsparter kan vara t.ex. handikapp- och patientorganisationer. Behovet är också stort av samarbete med socialvården och annan kommunal verksamhet, t.ex. i fråga om äldreomsorg, handikappomsorg, missbruksvård och psykiatrisk vård.

Att planering och uppföljning sker i samverkan med de privata vårdgivarna och deras organisationer är en nödvändighet med hänsyn till den stora andel av tandvården som dessa svarar för. TU 78 anser att denna samverkan kan ske genom frivilliga överenskommelser, samverkansavtal, mellan folktandvården och de privat verksamma vårdgivarna eller deras intresseorganisationer.

Jag har i avsnittet om landstingens ansvar för tandvården redovisat att jag

anser att det inom tandvården finns skäl att pröva formerna för samverkan mellan tandvårdshuvudmännen och de privata vårdgivarna samt undersöka förutsättningarna för att genomföra ett förändrat ersättningssystem.

För att uppnå målet om en god tandhälsa för hela befolkningen och en hushållning med resurserna har TU 78 förutsatt att en samverkan behöver ske mellan landstingen och de privata vårdgivarna på en rad olika punkter. Utredningen nämner bl. a. principer för prioritering av vårdmål, tillämpningen av vårdprogram, planeringssamverkan, journalsamverkan och principer för insamlande av vårdstatistik. En sådan samverkan pågår redan i varierande utsträckning inom samtliga landstingsområden. Det är enligt min mening mycket angeläget att detta samarbete på de punkter jag nämnt inte stannar upp i avvaktan på ett eventuellt nytt ersättningssystem utan bibehålls och vidareutvecklas.

I avvaktan på en eventuell överenskommelse om ett nytt ersättningssystem kan självfallet landstingen och de privata vårdgivarna redan nu sluta frivilliga samarbetsavtal. För vissa verksamheter har sådana avtal mellan landstingen och de enskilda privata vårdgivarna förutsatts. Detta gäller barn- och ungdomstandvården, sjukhustandvården, handikaptandvården och specialisttandvården.

Frågan om samverkan mellan landstingen har jag behandlat i samband med redogörelsen för min syn på specialisttandvården. Några av tandvårdshuvudmännen har framhållit att landstingsområdet inte alltid i planeringssammanhang kan ses som ett isolerat huvudmannaoområde. Det är väsentligt att det finns särskilda samverkansformer för att bevaka och planera för de speciella problem som uppstår när stora grupper av våldsökande "strömmar" över olika huvudmannaoområdens gränser.

I samband med att tandvårdsförsäkringen infördes inrättades samrådsgrupper för tandvården i samtliga landsting. Grupperna bygger sin verksamhet på informell grund och är rådgivande organ i tandvårdsfrågor till landsting, försäkringskassor och lokala tandläkarföreningar. TU 78 framhåller att samrådsgrupperna har fungerat bra och föreslår att de bör kunna vidareutvecklas och få ytterligare uppgifter. Bl. a. föreslås att man bör överväga att bredda deras sammansättning med företrädare för t. ex. försäkringskassorna, tandteknikerna och andra yrkesgrupper.

Jag delar utredningens uppfattning att erfarenheterna av samrådsgruppernas verksamhet är goda. De bör ha viktiga uppgifter att fylla även i den framtida tandvården. Jag kan också ansluta mig till bedömningen att det finns skäl att utveckla dem på det sätt som TU 78 har föreslagit. Det ankommer på huvudmännen för samrådsgrupperna att fatta beslut i dessa frågor.

## Vårdprogram

När det gäller den förebyggande tandvården har socialstyrelsen utarbetat underlag för tandhälsovårdsprogram såväl för barn och ungdomar som för

vuxna. Erfarenheterna av dessa program har varit så goda, att TU 78 har föreslagit att styrelsen bör utarbeta sådana program även för den övriga tandvården. Sådana program föreslås innehålla principerna för hur patienterna skall tas om hand och behandlas, riktlinjer för behandlingsintervall m.m. Med ledning av socialstyrelsens underlag bör landstingen enligt TU 78 utarbeta lokala vårdprogram.

Utredningens förslag har mottagits positivt av remissinstanserna – särskilt av tandvårdshuvudmännen – och även jag kan ställa mig bakom det. Vårdprogram kan vara ett medel för att ange övergripande principer för hur patienterna skall tas om hand på ett mer enhetligt sätt, för att integrera tandsjukvård och tandhållsovård och för att fördela arbetet inom tandhållsovården.

Socialstyrelsens underlag för vårdprogrammen bör vara så utformade att de kan anpassas till olika resurssituationer. Detta kan ske genom att vårdinnehållet anges för olika ambitionsnivåer. Underlagen bör innehålla anvisningar för den lokala anpassning som bör göras av programmen liksom för hur uppföljning av programverksamhet kan planeras och genomföras.

I underlagen för vårdprogrammen bör frågan om lämpliga revisionsintervall behandlas. Revisionsintervallen har stor vårdpolitisk betydelse genom de konsekvenser de får för vårdkonsumtionen. Socialstyrelsen har i sitt remissvar tillstyrkt att revisionsintervallen inom vuxentandvården kan uppgå till 24 månader. För s.k. riskpatienter bör intervallen kunna vara kortare.

Jag vill här också peka på möjligheten att låta tandhygienister och i viss utsträckning även tandsköterskor svara för vissa av de regelbundna tandvårdsbesöken. Besöken hos tandläkare kan då ske med längre intervall än annars. En motsvarighet inom hälso- och sjukvården är t.ex. de regelbundna hälsokontrollerna inom mödravården, där bl.a. distriktssjuksköterskorna svarar för vissa hälsokontroller. Jag återkommer till denna fråga i avsnittet om tandhygienisternas ställning (10).

## Epidemiologiska informationssystem

TU 78 har pekat på vikten av att den framtida tandvårdsplaneringen i större utsträckning än hittills baseras på uppgifter om befolkningens tandhälsotillstånd, d.v.s. epidemiologiska uppgifter.

En tandvård som syftar till att ge hela befolkningen tandvård på lika villkor ökar behovet av planering och förutsätter en mer medveten användning av tandvårdsresurserna. En systematisk planering och prioritering av resurserna förutsätter kunskap om olika befolkningsgruppers tandhälsoutveckling samt befintliga resurser. Finns sådan kunskap är det möjligt att bl.a. formulera effektmål för t.ex. en begränsning av kariesutvecklingen och följa i vilken mån de uppfylls.

Flertalet huvudmän för folktandvården har i dag s.k. epidemiologiska informationssystem för barn- och ungdomstandvården. Flera remissinstan-

ser har understrukt vikten av att enhetliga informationssystem med uppgifter om tandhälsoutvecklingen införs för både barn- och ungdomstandvården och vuxentandvården. Informationssystemen bör innefatta både landstingens och de privata vårdgivarnas tandvård.

I Västernorrlands läns landsting utvecklas f.n. i samarbete med Spri ett informationssystem för vuxentandvården, vilket innefattar såväl folktandvården som privattandvården. Erfarenheterna av detta utvecklingsarbete bör tas till vara.

En viktig förutsättning för att ge underlag för tandhälsobevakning är att patientjournalen utformas för att underlätta för tandläkaren och andra personalgrupper att såväl rapportera tandhälsodata som följa hälsoutvecklingen. Socialstyrelsen arbetar f.n. med denna uppgift.

## 9 Statens roll

En ökad handlingsfrihet för primärkommuner och landsting har under senare år utmärkt många nya lagstiftningsreformer och andra reformer. Avsikten har varit att genom en minskad statlig detaljkontroll stärka kommunernas roll i samhället samt öka effektiviteten inom såväl den statliga som kommunala sektorn. Man har ansett att kommunerna själva är de som bäst kan bedöma hur en viss verksamhet skall bedrivas.

Vid utvecklingen av hälso- och sjukvården måste olika intressen beaktas. Samhällets resurser måste fördelas rättvist mellan olika befolkningsgrupper och mellan olika delar av landet och den enskilde medborgaren måste tillförsäkras rättssäkerhet i vården. Vidare måste verksamheterna bedrivas så att de strävar mot de övergripande mål för dem som statsmakterna beslutat om. Statens roll blir således bl.a. att väga samman de olika slag av delvis motstående intressen som kan finnas.

På hälso- och sjukvårdens område har statens roll behandlats i prop. 1979/80:6 Om socialstyrelsen uppgifter och organisation, m.m. (SoU 45, rskr 386). I propositionen (s. 18) beskriver föredraganden statens roll på följande sätt:

”De uppgifter som följer av statens ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården har sin grund i statens övergripande ansvar för den samlade välfärdspolitiken och för samhällsekonomin. Staten fullgör dessa uppgifter genom lagstiftning samt genom en betydande medverkan i vårdens försörjning med ekonomiska resurser och utbildad personal. Statens ansvar för socialvården och hälso- och sjukvården kan sägas omfatta ett övergripande planerings- och samordningsansvar som innebär att påverka omfattning och inriktning av socialvården och hälso- och sjukvården. Statsmakterna har vidare möjligheter att påverka den kommunala verksamheten inom ramen för den ekonomiska politiken och genom överläggningar med representanter för kommuner och landsting. Statsmakterna har slutligen ett tillsynsansvar som innebär att ytterst garantera enskilda människors trygghet och säkerhet såväl vad avser vårdens kvalitet som i rättsligt hänseende.”

Dessa principer för statens roll i hälso- och sjukvården angavs även i propositionen till HSL. Tillsynsansvaret enligt HSL innefattar förutom medicinsk säkerhet och kvalitet också organisation, resursfördelning och resursanvändning samt effektiviteten i hälso- och sjukvården. Inte heller för tandvårdens del finns enligt min mening skäl att ändra i de riktlinjer för statens roll som dragits upp i propositionen om socialstyrelsen. Detta innebär bl.a. att tillsynsansvaret liksom för närvarande bör ligga på socialstyrelsen. I tillsynen ligger såväl att kontrollera som att följa och stödja verksamheten. Tillsynen omfattar således förutom odontologisk säkerhet bl.a. frågor som gäller förebyggande insatser, resursfördelning och resursutnyttjande samt effektiviteten i vården.

Ett forum för samråd och samverkan på central nivå mellan intressenterna på tandvårdsområdet är hälso- och sjukvårdsberedningen inom socialdepartementet. Beredningen skall särskilt behandla frågor som rör utveckling av förebyggande åtgärder och öppna vårdformer. Till dess arbetsområde hör bl.a. samordning av den långsiktiga planeringen samt utbildnings- och fortbildningsfrågor.

När det gäller socialstyrelsens roll i den regionala planeringen av hälso- och sjukvården uttalade föredraganden i propositionen till HSL bl.a. att det var angeläget att planerna blir enhetligt utformade så att det blir möjligt att på central nivå jämföra planeringen och att summera och analysera resursanspråken. Detta ger möjligheter att bedöma det framtida behovet av resurser och förändringar av verksamheten. Socialstyrelsen skall följa och stödja hälso- och sjukvårdsplaneringen på landstings- och regionnivå samt bör enligt föredraganden yttra sig över enskilda planförslag. Sammanställningar och analyser av landstingens uppgifter bör ske i samverkan mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Spri. Motsvarande uttalanden om socialstyrelsens roll i planeringen finns även i propositionen om socialstyrelsens uppgifter och organisation. Uttalandena äger självfallet giltighet även för tandvården.

Socialstyrelsen har en viktig uppgift att fylla för att tillgodose tandvårdshuvudmännens behov av ett centralt utvecklings- och rådgivningsarbete. Socialstyrelsens tillsyns- och planeringsverksamhet måste utgå från att besparingar och omprövningar av tandvården är nödvändiga. Socialstyrelsen bör mot denna bakgrund i ökad utsträckning arbeta med olika alternativ när det gäller ambitionsnivåer – kvalitativt och kvantitativt – för tandvården med utgångspunkt i dels behoven, dels den totala tillgången på resurser.

En förutsättning för socialstyrelsens arbete med planerings- och tillsynsfrågorna och med rådgivnings- och utvecklingsarbetet är att styrelsen har tillgång till systematisk information om förhållandena på tandvårdsområdet. Det statistiska underlag som socialstyrelsen behöver för sina uppgifter skall i möjligaste mån bygga på samma uppgifter som tandvårdens huvudmän och försäkringskassorna använder för sin planering och uppföljning samt samordnas med de statistiska uppgifter som riksförsäkringsverket behöver

för sin verksamhet.

Inom socialstyrelsen har inletts ett arbete med att utveckla ett nationellt system för epidemiologisk information inom tandvården. Syftet är att systemet fortlöpande skall kunna ge en bild av hur tandhälsan utvecklas på bl.a. landstings- och riksnivå. Ett begränsat antal epidemiologiska variabler och mått skall definieras och användas generellt för att göra det möjligt att jämföra förhållandena mellan olika delar av landet. Ur detta informationssystem kan epidemiologiska data hämtas som underlag för prognoser och fördelning av tandvårdsresurser.

Jag ser positivt på detta utvecklingsarbete. Jag vill även betona vikten av att de lokala och nationella informationssystemen utformas så, att de ger möjligheter att jämföra tandhälsan mellan olika befolknings- och patientgrupper.

## 10 Tandhygienisternas ställning

**Mitt förslag:** Arbets- och ansvarsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården bör 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.

**TU 78:s förslag:** Överensstämmer med mitt förslag. Utredningen har även diskuterat om tandhygienisten skall kunna anslutas direkt till tandvårdsförsäkringen.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna tillstyrker i huvudsak TU 78:s förslag. Socialstyrelsen är beredd att utreda tandhygienisternas arbetsvillkor, men avstyrker att tandhygienisterna skall kunna anslutas till tandvårdsförsäkringen.

**Skälen för mitt förslag:** Jag har tidigare konstaterat att det är väsentligt att alla patienter får del av en med hänsyn till sina individuella behov väl avvägd profylaktisk vård. Det är också viktigt att denna vård ges under så samhällsekonomiskt effektiva former som möjligt. Detta innebär att sådan vård i motiverad utsträckning bör ges av tandhygienister. Det kommer sannolikt inte att finnas underlag för tandhygienistverksamhet vid samtliga mottagningar. En sådan resurs kommer därför att behöva organiseras för flera mottagningar gemensamt. Jag vill därför särskilt behandla tandhygienisternas ställning.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att tandhygienisternas insatser prioriteras och att denna prioritering görs på vårdgivarsidan. Om patienterna i nuvarande situation fritt skulle kunna konkurrera om de begränsade tandhygienistresurserna är det risk för att många med stort vårdbehov får stå

tillbaka för dem som själva skulle kunna sörja för sin tandhälsa genom egenvård. Jag instämmer i socialstyrelsens uppfattning att den mer omfattande förebyggande vården i första hand bör komma de patienter till godo som har störst behov av sådana profylaktiska insatser.

Tandhygienisten kan redan i dag självständigt kalla, undersöka och behandla revisionspatienter. Detta sker i samverkan med tandläkare. Vidare kan tandhygienisten ta emot patienter från tandläkare verksamma utanför den mottagning där tandhygienisten arbetar. Enligt socialstyrelsens anvisningar för tandläkare vid anlitan­de av tandhygienist krävs ett nära samarbete mellan tandläkaren och tandhygienisten. Tandläkaren måste därför enligt anvisningarna i princip finnas på arbetsplatsen då hygienisten arbetar kliniskt.

Jag har tidigare konstaterat att en väg att hushålla med tandvårdsresurserna är att de regelbundna tandvårdsbesöken även för vuxna i viss utsträckning görs hos annan personal än tandläkare. Förutsättningarna för hur tandhygienisterna självständigt skall kunna svara för dessa besök bör därför utredas närmare.

I propositionen (1983/84:179) om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. konstaterade jag att tandsköterskor och tandhygienister med tiden fått allt mer självständiga och ansvarsfulla arbetsuppgifter. Det föreligger dock vissa formella oklarheter i det gällande regelsystemet för dessa yrkesgrupper. Behörighetsregleringen inom tandvården skiljer sig från vad som gäller för hälso- och sjukvården i övrigt. Av propositionen framgår att jag har föreslagit regeringen att besluta om en översyn av behörighetsreglerna i dessa avseenden.

Mot den bakgrund jag nu redovisat har jag för avsikt att föreslå regeringen att förutom en översyn av behörighetsregleringen inom tandvården även låta utreda arbets- och ansvarsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården. I uppdraget bör dock inte ingå att lämna förslag om en anslutning av tandhygienisten direkt till tandvårdsförsäkringen.

## 11 Upprättat lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till tandvårdslag. Förslaget bör fogas till regeringsprotokollet i detta ärende som *bilaga 4*.

## 12 Specialmotivering

I den allmänna motiveringen har utförligt behandlats frågan huruvida bestämmelserna om den framtida tandvården bör arbetas in i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller ges i en fristående lag. Det senare alternativet har nu valts. Målsättningen är dock att på sikt göra HSL till en gemensam, övergripande lag för all hälso- och sjukvård, tandvården inbegripen. Med

hänsyn till denna målsättning har förslaget till tandvårdslag genomgående utformats med HSL som förebild. Endast i de fall särbestämmelser för tandvården måst väljas, har avsteg från denna princip gjorts. Dispositionen av tandvårdslagen och de enskilda paragraferna i denna företeer således stora likheter med HSL. Ett par viktiga skillnader föreligger dock. Kraven på tandvården omfattar – till skillnad mot kraven på hälso- och sjukvården i övrigt enligt HSL – all tandvård, dvs. både den tandvård som bedrivs av det allmänna och den tandvård som bedrivs av de privat verksamma vårdgivarna. Vidare finns föreskrifter om skyldighet för landstinget att självt bedriva tandvård av angiven inriktning och omfattning – folktandvård. Med hänsyn till att landstingens andel av tandvårdsverksamheten är förhållandevis avsevärt mindre än deras andel av övrig hälso- och sjukvård har landstingens medverkan i planering och samverkan av tandvården fått en särskild betydelse.

Lagen inleds med fyra paragrafer som gäller all tandvård. I den första paragrafen ges en definition på tandvård. I den andra en föreskrift om målet för tandvården. Tredje och fjärde paragraferna innehåller föreskrifter med krav på tandvården. Efter de inledande fyra paragraferna följer ett antal paragrafer om landstingets ansvar för tandvården. Här finns föreskrifter om landstingets allmänna ansvar för tandvården, om den tandvård som folktandvården skall svara för, om planering och samverkan i tandvården, om den politiska ledningen och om den tandvårdspersonal som skall finnas. Sist i avsnittet om den landstingskommunala tandvården följer två paragrafer. En om tillsyn och en med bemyndigandeföreskrifter för regeringen. Lagen avslutas med en paragraf med en föreskrift om att regeringen får meddela särskilda föreskrifter om tandvården i krig och jämförbara förhållanden. Den sista paragrafen avser all tandvård.

### **Inledande bestämmelse**

*1 § Med tandvård avses i denna lag åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.*

Definitionen i paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens lagförslag. I 1 § första stycket första meningen HSL finns en definition på övrig hälso- och sjukvård.

I folktandvårdslagen används termen tandvård utan att det i lagen anges vad som avses med begreppet. Inte heller i propositionen 1973:45 med förslag om allmän tandvårdsförsäkring, m.m. som ligger till grund för folktandvårdslagen förklaras vad som avses med tandvård. Innebörden av termen synes ha betraktats så allmänt känd, att en definition inte bedömdes nödvändig.

Med hänsyn till att termen tandvård har fått en delvis ny innebörd i den nu föreslagna tandvårdslagen och till att lagen i viktiga delar görs tillämplig också på de privat verksamma tandläkarna har en definition på termen

tandvård ansetts nödvändig. Definitionen ansluter till definitionen på övrig hälso- och sjukvård i 1 § HSL. I den nu givna definitionen på tandvård anges att denna skall innefatta förebyggande åtgärder. Betydelsen av förebyggande åtgärder understryks i 3 §, där det i punkt 1 anges att en god tandvård skall lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. De förebyggande åtgärderna bör vara både individinriktade och miljöinriktade.

Individinriktade förebyggande åtgärder förekommer redan i dag i betydande omfattning när det gäller barn och ungdomar. Inom folktandvården har sedan lång tid tillbaka använts olika former av förebyggande åtgärder för att minska risken för uppkomst av karies och parodontit hos barn och ungdomar. Organiserade fluorsköljningar och klassvis organiserad tandhålsinformation har kommit till användning i skolorna. Praktiskt taget alla svenska skolbarn erbjuds fluorsköljningar i skolan var eller varannan vecka. Till förskolebarn i åldern 1/2–6 år förskrivs fluortabletter om sådana behövs. Vid mödra- och barnavårdscentraler informeras föräldrarna om betydelsen av förebyggande åtgärder. För särskilt utsatta barn och ungdomar i 3–19-årsåldern finns program med individuella åtgärder såsom tandrengöring med lokal fluorbehandling samt anpassad undervisning i munhygien m.m. Dessa verksamheter förutsätts även framdeles utföras av landstingen och då ingå i skyldigheten att vidta förebyggande åtgärder. Förebyggande åtgärder för vuxna förekommer däremot i dag endast i begränsad omfattning. Den nya tandvårdslagen innebär i detta avseende ökade krav på både landsting och privat verkssamma tandläkare. Omfattningen av förebyggande åtgärder måste givetvis avvägas mot befolkningens behov, den odontologiska utvecklingen, de ekonomiska förutsättningarna och andra liknande förhållanden.

De miljöinriktade åtgärderna kan huvudsakligen utföras genom landstingets medverkan i samhällsplaneringen. Denna medverkan bör syfta till att dels befrämja åtgärder som förebygger tandsjukdomar och tandskador inom andra verksamheter i samhället än tandvården, dels skapa samhällsmiljöer som i vid bemärkelse bidrar till en god tandhälsa. Landstingets medverkan i samhällsplaneringen förutsätter således samarbete med de kommunala organ som ansvarar för utvecklingen inom andra samhällssektorer samt med berörda regionala och centrala myndigheter och organisationer.

Innebörden av att utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan torde vara tämligen klar. Det saknas därför anledning att här närmare redogöra för de åtgärder som ingår i denna verksamhet. Det bör dock framhållas att till tandvård hör samtliga åtgärder som föranleds av sjukdomar i munhålan, tänderna, käkarna och de omgivande vävnaderna. Åtgärder i anledning av maligna (elakartade) tumörer räknas dock inte till tandvård. Till tandvård räknas också tandreglering.

**Mål för tandvården**

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

Paragrafen som saknar motsvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens lagförslag motsvarar 2 § HSL.

I paragrafen läggs fast det övergripande målet för tandvården. Den första delen av det övergripande målet är att åstadkomma en god tandhälsa hos hela befolkningen. I HSL är det övergripande delmålet en god hälsa hos hela befolkningen.

Det ligger i sakens natur att ett mål inte beskriver den situation som råder i dag, utan ett önskvärt framtida tillstånd. Vägen till målet anges inte i lagen. Det framgår således inte vilken organisation som bör väljas eller vilka resurser som måste satsas för att målet skall nås. Vid dessa bedömningar får man beakta de skiftande förhållanden som kan råda inom olika delar av landet eller vid olika tidpunkter. Skillnader föreligger mellan bl.a. tätort och glesbygd, mellan orter med olika befolkningsstruktur och mellan orter med i dag väl utbyggda tandvårdsresurser och sådana där tandvårdsresurserna fortfarande är otillräckliga. Man måste också beakta det förhållandet att de ekonomiska förutsättningarna skiftar från tid till annan. Även om vägen till målet inte framgår av lagen är dock flera av föreskrifterna i lagen ämnade att leda utvecklingen mot det uppsatta målet utan att uttömmade ange vägen dit eller att onödigtvis verka styrande på verksamheten. Så t.ex. kommer förslagen om kraven på tandvården samt den framtida folktandvårdens omfattning och innehåll att verka på detta sätt. Målet för tandvården har i lagen inte heller formulerats så, att det framgår vid vilken tidpunkt det skall ha uppnåtts. Att ange en sådan tidpunkt bedömdes inte möjligt vid HSL:s tillkomst och inte heller för tandvårdens del har en sådan bedömning bedömts möjlig.

Som en andra del av det övergripande målet för tandvården anges att den skall erbjudas på lika villkor. Detta innebär att det i princip bör vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av tandvårdens tjänster. Ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella och geografiska förhållande får inte hindra den enskilde från att erhålla tandvård.

När det gäller tillgången till tandvård föreligger i dag stora skillnader mellan olika delar av landet och mellan olika befolkningsgrupper. Tillgången på tandläkare är i allmänhet väl tillgodosedd i tätorter medan glesbygder har en betydligt sämre tillgång på tandläkare. Vidare har de norra delarna av landet i allmänhet betydligt färre tandläkare per invånare än de södra delarna. Vissa grupper av befolkningen får i dag betydligt mindre tandvård än befolkningen i genomsnitt. De lägre socialgrupperna utnyttjar i allmänhet tandvården mindre än de högre socialgrupperna. Andra grupper som har en eftersatt tandvård är de som vistas under lång tid på landstingens

vårdinrättningar samt vissa missbrukargrupper. Målet att tandvården skall erbjudas på lika villkor för hela befolkningen innebär ett krav på att dessa olikheter på sikt skall försvinna.

Behovet av tandvård skall ensamt vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. Vid en prioritering mellan två patienter skall den som har det mest omedelbara behovet av tandvård ges företräde. Möjligheterna att vid behov erhålla tandvård får sålunda inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet och kulturella olikheter. Äldre, handikappade, invandrare och missbrukare har inte sällan svårigheter att få tillgång till tandvård. Främst landstinget men självklart också de privata vårdgivarna har därför en viktig uppgift att utforma och inrikta tandvården på ett sådant sätt, att olikheterna i de sociala förhållandena inte påverkar möjligheterna att få vård på lika villkor.

### Krav på tandvården

*3 § Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den skall*

*1. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,*

*2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,*

*3. vara lätt tillgänglig,*

*4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,*

*5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.*

*Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.*

*Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.*

Paragrafen saknar motvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens förslag. Paragrafens första stycke motsvarar i huvudsak 3 § andra stycket HSL. Andra stycket överensstämmer med 3 § tredje stycket HSL. Tredje stycket motsvaras av 3 § fjärde stycket första meningen HSL.

I denna paragraf ges bestämmelser om de krav som ställs på tandvården. I motsats till vad som gäller för hälso- och sjukvården i övrigt enligt HSL gäller kraven på tandvård både den landstingskommunala och den privat bedrivna tandvårdsverksamheten. Detta innebär att inte endast landstinget utan också de privata vårdgivarna är skyldiga att inrätta och utforma verksamheten på ett sådant sätt att målet för och kraven på verksamheten iakttas.

Inledningsvis slås fast i paragrafen att all tandvård skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Som ett grundläggande krav på en sådan tandvård anges i punkt 1 att den skall vara av god kvalitet. Detta innebär bl. a. att den skall ha den odontologisk-tekniska kvalitet som kan krävas med

hänsyn till de resurser som står till förfogande. All tandvårdsverksamhet skall ha sådana resurser att vården kan bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kravet på en god kvalitet avser både den personella och den materiella standarden. Detta innebär att personalen måste uppfylla uppställda behörighetskrav och också i övrigt ha den utbildning och erfarenhet som krävs. Den materiella standarden avser både den tekniska utrustningen och de lokaler där vården och behandlingen försiggår. Som ett andra led i punkt 1 finns en föreskrift som erinrar om vikten av förebyggande åtgärder inom tandvården. HSL saknar en motsvarande föreskrift. De uttalanden i propositionen till HSL som gjordes beträffande betydelsen av förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvården ansågs tillräckliga. En föreskrift i tandvårdslagen om värdet av förebyggande åtgärder har emellertid bedömts önskvärd, bl.a. av det skälet att kraven på tandvården avser också den tandvård som utförs av de privat verksamma vårdgivarna. Föreskriften innebär en skyldighet även för de privata tandläkarna att lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder i sin tandvårdsverksamhet. Denna inriktning av tandvårdsarbetet, som sedan lång tid tillbaka varit gällande inom folktandvårdens barn- och ungdomstandvård, gäller numera all tandvård.

I samverkan mellan landstinget och de privata tandläkarna kan formerna för privatpraktikernas medverkan i det förebyggande tandvårdsarbetet närmare utvecklas. Av stor betydelse är att de åldersgrupper som lämnar barn- och ungdomstandvården även fortsättningsvis kan erbjudas en förebyggande tandvård som gör det möjligt för dem att bibehålla en god tandhälsa.

I punkt 2 föreskrivs att tandvården skall tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. För tandvården är det, liksom för övrig hälso- och sjukvård, av avgörande betydelse för vårdresultatet att patienten känner trygghet i vården och behandlingen. Tidigare var det inte ovanligt att människor drog sig undan tandvården på grund av att de kände obehag inför denna. För somliga övergick detta i uttalad "rädsla" för tandvården. Numera är sådana känslor mindre vanliga eller i vart fall mindre uttalade. Denna förändring i inställningen torde till stor del hänga samman med den mycket snabba tekniska utvecklingen inom området. Dagens tandläkarutrustning skiljer sig högst påtagligt från gårdagens. Med den nya tekniken har det blivit möjligt att i stort genomföra behandlingen utan smärta eller annat obehag för patienten. Vidare har förhållandet mellan patienten och tandvårdspersonalen påtagligt utvecklats och förbättrats. Patienten bemöts numera med större respekt och får ofta upplysningar om de behandlingsalternativ som finns och om de olika ingreppens omfattning och syfte. Denna utveckling hos tandvården har högst påtagligt bidragit till att ge patienterna en större trygghet i vården och behandlingen. Föreskriften syftar till att framhäva betydelsen av att man går vidare med ytterligare åtgärder för att stärka patientens trygghet i vården och behandlingen. Det är särskilt angeläget att sådana åtgärder vidtas beträffande dem som känner onormalt stor ängslan

och osäkerhet i tandvården, t.ex. barn, förståndshandikappade, vissa äldre människor och en del missbrukare.

I punkt 3 ställs upp ett krav på att tandvården skall vara lätt tillgänglig. Med lätt tillgänglig avses främst de geografiska förhållandena. Detta krav innebär naturligtvis inte att alla människor skall ha lika långt till en tandvårdsmottagning. Landstinget måste dock i sin planering av tandvården verka för att tandvårdsmottagningarna fördelas inom landstingsområdet på ett ändamålsenligt sätt med hänsyn till befolkningsunderlag, kraven på service också inom mindre tätbefolkade områden och kravet på en rationell verksamhet. De privata tandläkarna kan bidra till en lätt tillgänglig tandvård, bl. a. genom etablering på de orter där det råder brist på tandvård och genom att delta i jourverksamhet. Sjukhustandvård bör bedrivas så nära patienten som möjligt. Vid större institutioner kan det ofta vara mest ändamålsenligt att utföra vården vid institutionen.

Den geografiska närheten är inte tillräcklig i sig utan måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Ett förlängt öppethållande vid en tandvårdsmottagning, en anpassning av mottagningen till olika handikappgruppers behov, en förbättrad jourtjänstgöring och kortare köer är naturligtvis av stor betydelse för vårdens tillgänglighet. Även på dessa sätt kan man således öka tillgängligheten. Sådana åtgärder kan emellertid kräva stora resurser. Kravet på en lätt tillgänglig tandvård måste därför nog vägas mot de ekonomiska och personella begränsningar som finns för verksamheten.

Liksom för övrig hälso- och sjukvård skall tandvården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. En bestämmelse med denna innebörd har tagits in i punkt 4. Allmänt torde det vara så, att patientens självbestämmande och integritet har vållat mindre problem inom tandvården än inom övrig hälso- och sjukvård. Anledningen till detta förhållande är naturligtvis de skillnader i vårdens och behandlingens omfattning och natur som föreligger mellan de båda verksamhetsområdena. Även om sålunda problemen inom tandvården i detta hänseende inte är särskilt uttalade, har det ändå bedömts betydelsefullt att i lagen ge klart uttryck åt principen att tandvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Den om utnyttjar tandvårdens tjänster skall alltid ha rätt till okränkvt värdighet och integritet. Det är väsentligt för tandvården att den kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan tandvårdspersonalen och patienten. Patientens självbestämmande kan dock inte vara absolut utan måste av flera skäl vara begränsad. Dels har tandvårdspersonalen ett yrkesansvar för sina åtgärder som normalt inte får åsidosättas genom önskemål av patienten om hur vården skall utföras, dels är det av ekonomiska skäl inte alltid möjligt att låta patienten bestämma innehållet och omfattningen av vården. I de fall tandvården inte till någon del bekostas av tandvårdsförsäkringen, står det naturligtvis tandläkaren och patienten fritt att välja behandling utan hänsyn till kostnaderna. Om däremot

tandvårdsförsäkringen svarar för kostnaden helt eller delvis är det inte möjligt att låta patienten bestämma behandlingsalternativ utan hänsyn till kostnaderna. I ett sådant fall måste det vara den som svarar för vården som, med beaktande av föreskrifterna i tandvårdsförsäkringen, avgör vilken behandling som skall väljas. Tandläkaren bör dock, liksom i dag, kunna tillmötesgå en begäran av patienten om en behandling som är dyrare än vad som krävs för att uppnå ett odontologiskt tillfredsställande resultat, under förutsättning att patienten själv svarar för merkostnaderna för den begärda behandlingen.

Föreskriften i punkt 5 att tandvården skall främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen avser att betona främst vikten av vad som brukar kallas kontinuitet i vården. Detta innebär att man skall sträva efter att organisera vården så att patienten om möjligt får träffa och behandlas av samma personal vid varje vårdtillfälle. Brister i kontinuiteten har länge varit ett stort problem inom övrig hälso- och sjukvård. Inom tandvården däremot har kontinuiteten fungerat väl. Både inom privattandvården och folktandvården är det vanligt att patienten under en följd av år behandlas av samme tandläkare. Vidare utförs flertalet undersökningar och behandlingar inom allmäntandvården. Det är sällan nödvändigt att remittera patienten till en specialisttandläkare. Det bör framhållas att kontinuiteten är viktig inte endast för patienten utan även för tandvårdspersonalen. Om personalen känner väl till patienten och patientens situation förbättras förutsättningarna för ett gott resultat av tandvården.

*Andra och tredje styckena.* I 5 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen) finns föreskrifter om att vårdpersonalen skall så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten och att den som har ansvaret för vården är skyldig att informera patienten om hans hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Föreskrifterna riktar sig till vårdpersonalen (hälso- och sjukvårdspersonalen) som i sin yrkesutövning har att följa dessa. Vid tillkomsten av HSL bedömdes dessa föreskrifter i tillsynslagen så betydelsefulla att föreskrifter med i huvudsak samma innebörd togs in också i denna lag. Föreskrifterna i HSL riktar sig emellertid främst till sjukvårdshuvudmannen och innebär för honom en skyldighet att bedriva och organisera vården på ett sådant sätt att hälso- och sjukvårdspersonalen bereds möjlighet att samråda med patienten och lämna denne de upplysningar som föreskrivs i tillsynslagen. I andra och tredje styckena av förevarande paragraf har tagits in föreskrifter som motsvarar de i HSL. Syftet med föreskrifterna i denna lag är också detsamma som i HSL. Ett par föreskrifter i HSL har dock inte fått någon motsvarighet i denna lag. I HSL föreskrivs att om upplysningarna om patientens hälsotillstånd inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom och att upplysningarna inte får lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i sekretesslagen (1980:100). De situationer som här avses är bl.a. när någon

har råkat ut för en akut sjukdom eller ett allvarligt olycksfall eller då patienten annars är förhindrad att ta emot informationen samt när upplysningar om patientens hälsotillstånd inte kan lämnas till patienten med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen eller när upplysningen om patientens hälsotillstånd inte kan lämnas till en nära anhörig eftersom patienten eller någon honom närstående kan lida men. Dessa situationer förekommer normalt inte inom tandvården. Av denna anledning har motsvarande föreskrifter inte tagits in i denna lag.

*4 § Innan en behandlingsperiod påbörjas skall tandläkaren eller den som annars utför tandvården lämna patienten upplysning om den ungefärliga kostnaden för den valda behandlingen. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.*

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens lagförslag. I 3 § tandvårdstaxan (1973:638) finns en bestämmelse med i huvudsak samma innebörd.

Inom tandvården svarar patienten själv normalt för en betydande del av eller för hela tandvårdskostnaden. Om tandvården sker inom tandvårdsförsäkringens ram betalar patienten genom patientavgift i de flesta fall 60 procent av den totala kostnaden upp till 2 500 kr. och 25 procent av kostnaden över detta belopp. I de enstaka fall då tandvården sker hos en privat verksam tandläkare utanför tandvårdsförsäkringen svarar patienten självklart för hela kostnaden. Tandvård kan således medföra stora kostnader för patienten. I 3 § tandvårdstaxan (1973:638) finns en föreskrift med skyldighet för tandläkaren att lämna patienten upplysningar om kostnaderna för behandling och efterkontroll. Skyldigheten att upplysa patienten om kostnaderna med tandvården har bedömts som så väsentlig att en föreskrift härom tagits in i denna paragraf. Föreskriften i den nya lagen avser, till skillnad mot föreskriften i tandvårdstaxan, all tandvård.

I paragrafen utpekas tandläkaren som den som skall upplysa patienten om kostnaden för behandlingen. Det förekommer dock situationer där även annan än tandläkaren bör svara för denna uppgift. Vissa arbetsuppgifter inom tandvården utförs numera av andra än tandläkare. Tandhygienister utövar inte sällan sin verksamhet i tämligen självständiga former. Att i dessa fall ålägga den tandläkare som tandhygienisten biträder skyldighet att lämna upplysningar om de åtgärder som tandhygienisten utför skulle vara opraktiskt och i många fall olämpligt. Skyldigheten att lämna de upplysningar som avses i förevarande paragraf bör därför åläggas den som utför behandlingen i det särskilda fallet. Med uttrycket "den som annars utför tandvården" avses således främst tandhygienister.

Med en behandlingsperiod avses tiden från inledande ingrepp eller åtgärder, inberäknat nödvändiga förebyggande åtgärder, till och med de

avslutande ingrepp eller åtgärder som behövs för att vid det tillfället återställa patientens bett i ett funktionellt och estetiskt godtagbart skick.

Föreskriften i 3 § om att patienten skall upplysas om de behandlingsmetoder som står till buds jämförd med förevarande föreskrift innebär att patienten skall ges sådana upplysningar om kostnaderna för de olika behandlingsalternativen, att han eller hon kan bilda sig en uppfattning om de kostnadsmässiga konsekvenserna av dessa. Ett krav på att kostadsuppgifterna skall vara exakta kan inte ställas upp. Detta har uttryckts på det sättet att upplysningen skall avse den ungefärliga kostnaden för den valda behandlingen, vilket innebär att några större avvikelser inte får förekomma mellan den slutliga kostnaden och den tidigare lämnade kostnadsuppgiften. Om den tänkta behandlingen inte kan genomföras och ersätts av någon annan eller måste ändras i något avseende skall patienten upplysas om detta och hur kostnaderna påverkas. Patientens skall också underrättas om förutsättningarna för kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden genom t.ex. ändringar i taxan för tandvården.

### **Den landstingskommunala tandvården**

#### *Landstingskommunens ansvar*

*5 § Varje landstingskommun skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som landstingskommunen själv bedriver benämns i denna lag folktandvård.*

*Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Föreskrifter om förvaltningsutskottet skall därvid avse kommunstyrelsen.*

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen. Första stycket första meningen motsvarar 1 § första stycket första meningen utredningens lagförslag. Andra stycket första meningen motsvarar 1 § tredje stycket utredningens lagförslag. I 3 § HSL finns föreskrifter som svarar mot föreskrifterna i paragrafens första stycke första mening och andra stycke. Föreskriften i första stycket tredje meningen saknar motsvarighet i HSL.

*Första stycket.* I paragrafen ges föreskrifter om landstingskommunernas åligganden och ansvar för tandvården. I första stycket slås inledningsvis fast en skyldighet för landstinget att erbjuda befolkningen en god tandvård. Landstingets skyldighet begränsas till att omfatta endast dem som är bosatta inom landstingskommunen. Av föreskriften i 6 § framgår landstingets skyldighet att erbjuda tandvård åt dem som tillfälligt vistas i landstingskommunen. Med bosättning avses här detsamma som i folkbokföringsförordningen (1967:198).

Enligt folktandvårdslagen har landstinget ett begränsat vårdansvar för tandvården beträffande dem som är bosatta inom landstingskommunen.

Vårdansvaret innebär en skyldighet att avgiftsfritt erbjuda barn och ungdomar under tjugo år en regelbunden och fullständig behandling, akut tandvård inberäknad. För de vuxna skall landstinget svara för specialisttandvård och för övrig tandvård i lämplig omfattning. Ansvarets omfattning i dessa delar framgår av 2–4 §§ folktandvårdslagen. Härtill kommer föredragande departementschefens uttalande i propositionen med förslag om allmän tandvårdsförsäkring, m.m. att landstingen också bör erbjuda tandvård på sina vårdinstitutioner för långtidssjuka och handikappade (prop. 1973:45 s. 60, SfU 20, rskr 212). Uttalandet har av landstingen uppfattats som en skyldighet att erbjuda även sådan tandvård.

Genom föreskriften i detta stycke får landstinget ett vidgat ansvar för att de som är bosatta i landstingskommunen erbjuds tandvård. I HSL finns en motsvarande skyldighet för landstinget när det gäller övrig hälso- och sjukvård. En betydelsefull skillnad föreligger dock. I tandvårdslagen har det bedömts nödvändigt att särskilt ange omfattningen av den tandvård som landstinget självt skall svara för. Sådana föreskrifter har tagits in i 7 §. Motsvarande föreskrifter saknas i HSL. Anledningen till denna skillnad framgår av den allmänna motiveringen.

Landstingets vårdansvar innebär en skyldighet att tillförsäkra alla kommuninnevånare en god tandvård. Vad som avses med en god tandvård framgår av 3 §. Tandvård som landstinget är skyldigt att självt bedriva benämns i denna lag folktandvård. Folktandvårdens uppgifter framgår av föreskrifterna i 7 §. Något absolut krav på att all folktandvård skall bedrivas i landstingets egen regi ställs inte upp. Liksom hittills bör landstinget ha möjlighet att ingå avtal med en privat verksam tandläkare om att denne skall utföra viss tandvård som folktandvården skall svara för. Föreskrifterna om folktandvården i 7 § förutsätter dock att tandvården normalt bedrivs i landstingets egen regi. Utöver den tandvård som folktandvården skall svara för finns det i landstingskommunen behov av ytterligare tandvård för att kravet på en god tandvård åt hela befolkningen skall kunna uppfyllas. För denna tandvård svarar de privat verksamma tandläkarna. Landstingets ansvar för tandvården innefattar en skyldighet att verka för att det i landstingskommunen finns tandvårdsresurser med en ändamålsenlig geografisk fördelning.

Föreskrifterna om landstingets ansvar för tandvården utgör inte något hinder för andra vårdgivare att bedriva tandvård. Inom hälso- och sjukvården i övrigt finns det sådana vårdgivare av många olika slag. Inom tandvården däremot finns det i princip endast de privat verksamma tandläkarna. Dessa är således oförhindrade att fritt utöva sitt yrke. De måste dock iaktta föreskrifterna med krav på tandvården i 3 §. Om tandläkaren är ansluten till tandvårdsförsäkringen – vilket i det närmaste samtliga privat verksamma tandläkare f.n. är – är han eller hon skyldig att följa de villkor som gäller för anslutningen.

Landstingets ansvar för tandvården innebär, att om det inom landstings-

området uppkommer ett behov av tandvård, är landstinget skyldigt att svara för att behovet tillgodoses. Om t.ex. en privat verksam tandläkare lägger ned sin verksamhet eller förändrar den och befolkningen till följd därav inte får sin efterfrågan på tandvård tillgodosedd, är landstinget skyldigt att erbjuda den ytterligare vård som kan behövas.

*Andra stycket.* Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner är huvudmän för tandvården inom sina respektive områden. Därför har i detta stycke tagits in en föreskrift om att vad som i lagen sägs om landstingskommuner skall gälla också kommuner som inte ingår i en landstingskommun och en föreskrift om att lagens föreskrifter om förvaltningsutskottet för dessa kommuner skall avse kommunstyrelsen.

**6 §** *Om någon som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan tandvård.*

Paragrafen, som saknar motsvarighet i folktandvårdslagen, motsvarar 1 § andra stycket av utredningens lagförslag. I HSL finns en motsvarande föreskrift i 4 §.

Av 5 och 7 §§ framgår att folktandvårdens vårdskyldighet omfattar endast dem som är bosatta inom landstingsområdet. Denna begränsning är emellertid inte möjlig att upprätthålla när det gäller ett hastigt uppkommet behov av tandvård.

Det är självklart att den som har ett akut behov av tandvård skall tas om hand på en närbelägen tandläkarmottagning där adekvat tandvård kan ges oavsett var han är kyrkobokförd. Avgörande för vårdskyldigheten i dessa fall måste alltid vara den faktiska vistelseorten. Paragrafen innehåller därför en föreskrift om att landstinget är skyldigt att erbjuda också dem som inte är bosatta inom landstingskommunen omedelbar tandvård. Skyldigheten omfattar såväl den som är medlem i en annan landstingskommun som den som saknar sådant medlemskap, t.ex. en utlänning på tillfälligt besök i landstingskommunen. Någon närmare precisering av gränserna för vad som skall anses som "omedelbar tandvård" kan inte ges här. Detta får prövas från fall till fall. Tandläkaren får avgöra om en vårdsökande behöver omedelbar tandvård eller om vården kan anstå till dess den vårdsökande kommer till sitt eget län eller dit där han annars har att söka vård. Skyldigheten att erbjuda tandvård avser dock endast den akuta vård och behandling som behövs. Det bör också understrykas, att skyldigheten för landstinget att erbjuda omedelbar tandvård avser endast skyldighet att svara för att lokaler, personal och utrustning finns att tillgå – genom folktandvården eller en privat verksam tandläkare – men inte att tillhandahålla vården kostnadsfritt eller till ett särskilt lågt pris.

**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 punkt 1 skall vara avgiftsfri för patienten.*

Föreskrifterna i första stycket punkt 1 och andra stycket svarar mot 2 § folktandvårdslagen. Föreskrifterna i punkt 2 motsvarar 3 § folktandvårdslagen. Punkten 3 motsvarar 4 § folktandvårdslagen.

I denna paragraf ges föreskrifter om den tandvård som landstinget är skyldigt att självt svara för (folktandvård). Inledningsvis skall läggas fast att skyldigheten för landstinget att självt svara för vården inte nödvändigtvis måste innebära att vården bedrivs i egna lokaler och av landstingsanställd personal etc. Om landstinget skulle finna det mest ändamålsenligt att i ett visst fall genom överenskommelse med t.ex. en privat verksam tandläkare uppdra åt denne att svara för den faktiska vården möter inte detta något formellt hinder. Det förutsätts dock att landstinget i huvudsak självt svarar för den faktiska tandvården.

*Första stycket punkt 1 och andra stycket.* Redan i dag har landstinget en skyldighet att svara för tandvården för barn och ungdomar. Omfattningen av denna skyldighet framgår av 2 § folktandvårdslagen. Föreskrifterna i nämnda paragraf har utan saklig ändring tagits in i punkt 1 och andra stycket av förevarande paragraf. Detta innebär att landstinget liksom hittills är skyldigt att svara för tandvården för barn och ungdomar som är bosatta i landstingskommunen till och med det år då de fyller nitton år. Tandvården skall vara regelbunden och fullständig. Med regelbunden behandling avses att tandvård ges så ofta att en god tandhälsa kan upprätthållas. Med fullständig behandling avses att både specialisttandvård och allmäntandvård skall erbjudas. Med fullständig avses också tandvård för akuta tandbesvär som barnen och ungdomarna behöver, dvs. tandvård utöver den regelbundet återkommande. Av andra stycket framgår att tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri för patienten.

*Punkt 2.* Folktandvårdens vårdansvar enligt föreskriften i punkt 1 beträffande barn och ungdomar innefattar både allmän tandvård och specialisttandvård. För vuxna gäller ett mindre omfattande vårdansvar. Liksom enligt nu gällande folktandvårdslag skall vårdansvaret gälla allmän tandvård i en omfattning som landstinget självt bedömer lämplig samt specialisttandvård. En bestämmelse om ansvaret för allmäntandvården finns i punkt 3. Ansvaret för specialisttandvården läggs fast i förevarande punkt.

Med specialisttandvård avses den tandvård som kräver specialistkompetens hos tandläkaren. F.n. finns sju specialiteter, nämligen barntandvård, tandreglering, tandlossningssjukdomar, tandsystemets kirurgiska sjukdomar, rotbehandling, oralprotetik och odontologisk röntgendiagnostik. Vårdansvaret för specialisttandvården är inte absolut i den meningen att folktandvården i landstinget i varje särskilt fall skall vara skyldigt att svara för

all den tandvård som en patient kan önska. Liksom beträffande annan vård, t.ex. hälso- och sjukvård enligt HSL, 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.

Folktandvårdens vårdansvar för specialisttandvården är av särskild betydelse eftersom endast ett fåtal av de privat verksamma tandläkarna ägnar sig åt detta slags vård. Anledningen till detta förhållande är de restriktiva regler som nu gäller beträffande de privat verksamma tandläkarnas rätt att tillämpa den särskilda specialisttaxan inom tandvårdsförsäkringen. Enligt gällande bestämmelser får specialisttaxan tillämpas endast av de specialistutbildade tandläkare som vid utgången av år 1972 var verksamma i privat tandvård och som vid anslutningen till tandvårdsförsäkringen anmälde att de önskade tillämpa denna taxa. Antalet privat verksamma specialisttandläkare kommer följaktligen att minska efter hand. Av denna anledning är det av särskild vikt att folktandvårdens specialisttandvård dimensioneras så att den svarar mot behovet.

För ett landsting som inte har ett tillräckligt befolkningsunderlag för att självt kunna klara av ansvaret för alla slags specialiteter kan det vara lämpligt att det löser specialisttandvården i samverkan med någon eller några av de angränsande landstingskommunerna, på samma sätt som inom övrig hälso- och sjukvård.

*Punkt 3.* I denna punkt åläggs folktandvården ett visst ansvar också för övrig vuxentandvård, dvs. för allmän tandvård. Föreskriften är med en mindre redaktionell ändring överförd från 4 § folktandvårdslagen. Ansvaret innebär att det är landstinget självt som avgör omfattningen av den vuxentandvård som folktandvården skall svara för. Av den allmänna motiveringen framgår att folktandvården på sikt bör svara för minst 35 % av allmäntandvården för vuxna. Att folktandvården har en omfattande verksamhet av vuxentandvård är av betydelse för bl.a. landstingets möjligheter att planera tandvårdsverksamheten i landstingskommunen samt att bereda den egna tandvårdspersonalen omväxlande arbetsuppgifter och större erfarenheter av vuxentandvård. I de landstingskommuner där folktandvården ännu inte har en så stor andel av vuxentandvården bör således en utbyggnad ske. Takten i denna utbyggnad kan förutses variera från landstingskommun till landstingskommun med hänsyn till den totala tillgången till tandläkare i landstingskommunen och till de ekonomiska förutsättningarna för utbyggnad. En omfördelning av tandvårdsresurserna är önskvärd för att underlätta en utbyggnad av vuxentandvården inom folktandvården i de landstingskommuner där folktandvården svarar endast för en liten andel av vården, såsom är fallet i främst storstadsregionerna.

Föreskriften i folktandvårdslagen om skyldighet för landstinget att svara för tandvård för vuxna innefattar inte skyldighet att svara för akut tandvård. En föreskrift om skyldighet för tandläkare att svara för akut tandvård togs i stället in i 2 § tandvårdstaxan (1973:638). Förevarande föreskrift innebär, till

skillnad mot bestämmelsen i folktandvårdslagen, skyldighet för folktandvården att också svara för viss akut tandvård.

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

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

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen. I 7 § HSL finns motsvarande föreskrifter för övrig hälso- och sjukvård. Föreskriften i paragrafens andra stycke motsvarar 6 § utredningens förslag.

*Första stycket.* I paragrafen läggs en skyldighet på landstinget att planera tandvården i landstingskommunen. Landstingens tandvård har numera en sådan omfattning att verksamheten inte skulle kunna bedrivas på ett rationellt sätt utan en väl fungerande planering. Landstingets planeringsansvar skulle därför inte behöva lagfästas. Det har emellertid bedömts som angeläget att i en särskild föreskrift slå fast landstingets planeringsansvar även för tandvården, främst med hänsyn till föreskrifterna om att planeringen skall omfatta även den tandvård som erbjuds av övriga vårdgivare och till föreskrifterna om samverkan i planeringen i de följande paragraferna.

Skyldigheten att planera tandvården omfattar i princip endast verksamheten inom det egna landstingsområdet. Av 10 § framgår att landstingen skall samverka i sådana tandvårdsfrågor som berör flera landstingskommuner. Det är självklart att också denna tandvård måste beaktas i landstingets tandvårdsplanering.

Syftet med planeringen skall vara, liksom för övrig hälso- och sjukvård, att tillgodose behovet av vård hos dem, för vilka landstinget har en skyldighet att tillhandahålla sådan vård. Några krav på formerna för planeringen ställs inte upp. Landstinget avgör självt hur detaljerade planer som skall upprättas och vilken tid planerna skall avse.

Något krav på att samråd skall ske med socialstyrelsen när planerna utformas ställs inte upp. Inte heller föreskrivs någon skyldighet för landstingen att underställa styrelsen upprättade planer, styrelsen bör dock yttra sig över enskilda planförslag. Det förutsätts dock att landstingen håller socialstyrelsen fortlöpande informerad om sin planering, bl.a. för att styrelsen skall få ett säkert underlag för bedömningen av hur tandvårdsresurserna fördelas mellan landstingen.

Landstingen har följaktligen stor frihet vid planeringen av tandvården både vad gäller planeringens innehåll och form. Att planeringen skall ske i samverkan med andra som är berörda av tandvårdens planering och utveckling framgår av föreskrifterna i de följande paragraferna.

*Andra stycket.* Av paragrafens andra stycke framgår att landstingets planeringsansvar omfattar inte endast den tandvårdsverksamhet som det självt bedriver – folktandvård – utan också den tandvård som erbjuds av andra vårdgivare. Landstinget skall alltså vid planeringen av den egna

verksamheten ta hänsyn till bl.a. det utbud av tandvård som de privata tandläkarna svarar för. Att planeringen skall ske i samverkan med dessa vårdgivare och andra intressenter framgår av föreskrifterna i nästföljande paragraf.

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

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen. I 8 § HSL finns en motsvarande föreskrift för övrig hälso- och sjukvård. Paragrafen motsvarar i huvudsak 6 § första meningen utredningens lagförslag.

I förarbetena till HSL behandlas utförligt behovet av samverkan mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården samt vissa samhällsorgan, organisationer och enskilda. Där framhålls särskilt den offentliga hälso- och sjukvårdens ökande betydelse för samhället och olika samhällsverksamheters inverkan på behovet av hälso- och sjukvård. Detta ömsesidiga beroende och påverkan har fört med sig att landstingens roll i den allmänna samhällsplaneringen har blivit allt viktigare. Utformningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten påverkar således en rad andra verksamhetsområden i samhället. Mot bl.a. denna bakgrund bedömdes det nödvändigt att i HSL föra in en föreskrift om en vittgående skyldighet för landstingen att samverka med huvudmännen för dessa verksamhetsområden. Med samhällsorgan avses i HSL främst kommuner och statliga myndigheter, t.ex. socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, arbetskyddsstyrelsen på central nivå samt länskolnämnden, yrkesinspektionen, länsarbetsnämnden och de regionala stiftelserna för skyddat arbete på länsplanet. Bland organisationer kan nämnas arbetsmarknadens organisationer samt handikapp-, äldre- och patientföreningar. Med enskilda avses i huvudsak privata vårdgivare av olika slag, t.ex. privata sjukhem samt privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster.

I förevarande paragraf föreskrivs samma skyldighet för landstinget att samverka i sin planering av tandvårdens utveckling. Landstinget skall alltså verka för att samverkan kommer till stånd med de samhällsorgan, organisationer och enskilda som kan beröras direkt eller indirekt av landstingets planering av sin tandvårdsverksamhet.

Innebörden av samverkan är densamma som i HSL, dvs. ett ömsesidigt givande och tagande mellan parterna. Det får således inte endast vara fråga om att i efterhand bereda någon tillfälle att ta del av redan fattade beslut, utan avsikten är att samverksamsparten skall ges en verklig möjlighet att påverka utformningen av besluten genom att belysa det utifrån hans kunskaper och erfarenheter.

**10 § Landstingskommunerna skall samverka i tandvårdsfrågor som berör flera landstingskommuner.**

Paragrafen, som saknar motsvarighet i folktandvårdslagen, motsvarar 9 § andra stycket HSL. Paragrafen saknar motsvarighet i utredningens förslag.

I den nu föreslagna tandvårdslagen läggs en skyldighet på landstinget att svara för att alla som är bosatta i landstingskommunen får specialisttandvård. Det kommer emellertid att finnas specialiteter där t.ex. befolkningsunderlaget i den egna landstingskommunen inte är tillräckligt för att landstinget självt skall kunna svara för en ändamålsenlig tandvård. I sådana fall är det lämpligt att två eller flera landsting gemensamt svara för tandvården, på samma sätt som sker inom övrig hälso- och sjukvård.

Motsvarande paragraf i HSL innehåller också en föreskrift om att regeringen får meddela föreskrifter om hur riket skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. En sådan föreskrift har inte bedömts nödvändig för tandvårdens del. Landstingen är således helt fria när det gäller samverkan i dessa tandvårdsfrågor.

### *Tandvårdsnämnd*

**11 §** *Ledningen av folktandvården utövas av en tandvårdsnämnd, i den mån inte annat följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179).*

*Landstingskommunen får tillsätta en särskild tandvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Har detta inte skett, är förvaltningsutskottet tandvårdsnämnd.*

Paragrafen motsvarar 10 § HSL och i huvudsak 5 § första stycket folktandvårdslagen.

I den nya lagen behålls samma tekniska konstruktion för ledningen av den landstingskommunala tandvården som tidigare. Lagen lämnar således landstinget full frihet i valet mellan att ha en självständig tandvårdsnämnd, att låta en annan nämnd vara tandvårdsnämnd eller att lägga tandvårdsnämndens uppgifter hos förvaltningsutskottet. Därmed blir tandvårdsnämnden inte heller enligt den nya lagen någon obligatorisk landstingskommunal nämnd utan liksom förut endast en fakultativ nämnd som är bärare av en obligatorisk landstingskommunal funktion.

Föreskriften med hänvisning till 3 kap. 14 § kommunallagen infördes i anslutning till att den nya kommunallagen trädde i kraft den 1 juli 1977. Enligt föreskriften får landstinget, i den mån inte annat är föreskrivet i lag eller annan författning, besluta att förvaltningsutskottet eller annan nämnd skall

1. handha förvaltning och verkställighet i fråga om egendom som annars förvaltas av annan nämnd,

2. handlägga frågor om anställning, ledighet, vikariat eller skiljande från tjänst samt andra frågor beträffande personal som är underställd annan nämnd.

Landstinget kan alltså med stöd av detta stadgande besluta att den personaladministration och den egendomsförvaltning, som normalt skulle åligga tandvårdsnämnden, i stället skall föras över till förvaltningsutskottet

eller en annan landstingskommunal nämnd.

I 11 § HSL förskrivs att ett eller flera särskilda organ får tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården, vart och ett för den verksamhet som landstingskommunen bestämmer. En motsvarande föreskrift har inte tagits in i denna lag, eftersom möjligheten att tillsätta sådana särskilda organ avses bli generellt reglerad i en lag om lokala och särskilda organ i landstingskommunerna. Regeringen kommer under hösten att förelägga riksdagen ett sådant lagförslag. I propositionen föreslås att landstingskommunen ges möjlighet att inrätta lokala och särskilda organ under i princip alla centrala nämnder, både kommunallagsreglerade och speciallagsreglerade. Sådana organ får ha uppgifter som griper över flera ansvarsområden.

*12 § I fråga om särskild tandvårdsnämnd gäller bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.*

Paragrafen motsvarar 5 § andra stycket folktandvårdslagen och 12 § HSL.

I denna paragraf har samlats de allmänna hänvisningar till kommunallagen som behövs i fråga om tandvårdsnämnden. Vad som gäller om förvaltningsutskottet enligt 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen skall alltså gälla i tillämpliga delar också för tandvårdsnämnden i den nya tandvårdslagen.

#### *Personal*

*13 § I folktandvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela en god tandvård.*

*Om åligganden för den personal som hänförs till hälso- och sjukvårdspersonal och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.*

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens förslag. Motsvarande föreskrifter för övrig hälso- och sjukvård finns i 13 § HSL.

*Första stycket.* I detta stycke finns en föreskrift om den personal som skall finnas för att meddela en god tandvård. Kravet på personal gäller inte endast de yrkesgrupper för vilka det finns särskilda behörighetsföreskrifter utan all personal som behövs för att inom ramen för tillgängliga resurser bedriva en rationell och ändamålsenlig tandvård. Vid sidan av den personal som mera direkt tar del i själva tandvården skall det alltså finnas personal som dels svarar för den dagliga driften av verksamheten – administratörer, hantverkare, lokalvårdare etc. – dels svarar för arbetsuppgifter, främst förebyggande åtgärder, som inte direkt ankommer på någondera av de nämnda personalkategorierna. Något krav på att anställa personal av det ena eller andra slaget ställs inte upp.

Landstingen är således i princip helt fria att inom givna ekonomiska resurser anställa den personal som behövs för att erbjuda en god tandvård. I

skilda författningar finns dock bestämmelser som innebär att deras frihet i detta avseende är begränsad. Enligt 10 § första stycket lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. straffas den som obehörigen och mot ersättning utövar tandläkaryrket. I 8 § samma lag föreskrivs att endast den som har föreskriven kompetens som tandhygienist eller tandsköterska är behörig att biträda en tandläkare i dennes yrkesutövning. Också de föreskrifter om behörighet till och tillsättning av tjänster inom folktandvården som regeringen bemyndigas meddela enligt 15 § kan komma att i viss mån inskränka landstingens frihet i rätten att anställa personal.

*Andra stycket.* Den nu föreslagna lagen innehåller liksom folktandvårdslagen inte några föreskrifter som reglerar åligganden för och tillsyn över den personal som är att hänföra till hälso- och sjukvårdspersonal. En erinran om att det finns särskilda föreskrifter i dessa frågor har tagits in i detta stycke. Föreskrifter om hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar finns främst i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen).

**14 §** *Tandläkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall förordnas för viss tid.*

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens lagförslag. En motsvarande föreskrift för läkare finns i 15 § HSL.

Enligt lagen (1974:12) om anställningsskydd gäller, med vissa här ej aktuella undantag, all anställning tills vidare, dvs. utan tidsbegränsning. Avvikelse från denna föreskrift skall meddelas genom föreskrift i annan lag eller i förordning som har meddelats med stöd av lag. Anställning av tandläkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning är av sådan natur att den liksom hittills inte bör vara obegränsad i tiden. Mot denna bakgrund har det ansetts nödvändigt att i lagen ta in en föreskrift om att här aktuella anställningar skall ske för viss tid.

**15 §** *Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om behörighet till och tillsättning av tjänster inom folktandvården. Regeringen får överlåta på socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.*

Paragrafen saknar direkt motsvarighet i folktandvårdslagen. Ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter finns i 7 § folktandvårdslagen. Paragrafen saknar motsvarighet i utredningens lagförslag. En motsvarande föreskrift för övrig hälso- och sjukvård finns i 16 § första stycket HSL.

I högskolelagen (1977:218) och högskoleförordningen (1977:263) ges föreskrifter om utbildning för vårdyrken. Där finns föreskrifter om utbildning till bl.a. tandläkare och tandhygienist. I andra författningar finns föreskrifter om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Bland dessa författningar kan nämnas lagen

(1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m., samt förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. För att bli legitimerad tandläkare och därmed behörig att utöva tandläkaryrket fordras avlagd tandläkarexamen och fullgjord föreskriven praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring). Enligt 16 § nämnda förordning är tandhygienister och tandsköterskor behöriga att biträda en tandläkare i dennes yrkesutövning endast om de har den kompetens som socialstyrelsen föreskriver. De krav på yrkesutövare som ställs upp i dessa författningar brukar benämnas allmänna behörighetskrav.

I folktandvårdskungörelsen (1973:637) finns föreskrifter om krav för innehav av vissa tjänster, s.k. särskilda behörighetskrav.

Det har ansetts att det också i framtiden kommer att finnas ett behov av att kunna ställa upp särskilda krav på innehav av vissa tjänster inom folktandvården. Liksom idag har denna uppgift lagts på regeringen, med möjlighet för regeringen att överlåta detta på socialstyrelsen. En föreskrift härom har tagits in i denna paragraf.

### *Tillsyn*

**16 §** *Socialstyrelsen har tillsynen över folktandvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.*

I 6 § folktandvårdslagen och i 8 § utredningens lagförslag finns föreskrifter om tillsyn över tandvården. Paragrafen motsvaras av 18 § HSL.

Socialstyrelsens roll som tillsynsmyndighet över folktandvården bibehålls.

Socialstyrelsens tillsyn preciseras genom föreskrifterna i förordningen (1981:683) med instruktion för socialstyrelsen.

Innehållet i det tillsynsansvar som i paragrafen åläggs styrelsen utvecklas i prop. 1979/80:6 Om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. Den delvis ändrade inriktningen av tillsynen som föreslagits i nämnda proposition har i förevarande paragraf kommit till uttryck främst genom att styrelsens följande och stödjande uppgifter särskilt framhålls. Rätten att inspektera verksamheten är föranledd främst av hänsyn till patienternas säkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen står i sin yrkesutövning under socialstyrelsens tillsyn enligt bestämmelser i tillsynslagen. Enligt denna lag ges socialstyrelsen rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet.

### *Ytterligare föreskrifter*

**17 §** Regeringen bemyndigas att i fråga om folktandvården meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt.

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

Paragrafen saknar motsvarighet i folktandvårdslagen och i utredningens lagförslag. I 19 § HSL finns motsvarande föreskrifter för övrig hälso- och sjukvård.

I paragrafen bemyndigas regeringen att meddela de ytterligare föreskrifter som kan behövas för att trygga patienternas säkerhet i vården eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.

Enligt föreskriften i andra stycket får regeringen överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Sådana föreskrifter kan avse bl.a. journalföring, användning av fluor i kariesförebyggande syfte, åtgärder för att förhindra smittspridning i vården och kvalitetskrav på tandlagnings- och tandersättningsmaterial. Även utan sådan överlåtelse får socialstyrelsen utfärda allmänna råd till ledning för vården m.m. Meddelar socialstyrelsen föreskrifter eller utfärdar den allmänna råd skall styrelsen som andra ämbetsverk beakta föreskrifterna om begränsning i myndighets rätt att meddela föreskrifter, anvisningar eller råd (SFS 1970:641).

#### **Tandvården i krig m.m.**

**18 §** *Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om tandvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.*

Regeringen får med stöd av denna paragraf meddela föreskrifter under krig och likartade förhållanden som i erforderlig utsträckning tar över den lagstiftning rörande tandvården som gäller under fredstid.

#### **13 Hemställan**

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslaget till tandvårdslag.

#### **14 Beslut**

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

LAGRÅDET

Utdrag  
PROTOKOLL  
vid sammanträde  
1984-10-30

**Närvarande:** f.d. justitierådet Petrén, regeringsrådet Mueller, justitierådet Jermsten.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 11 oktober 1984 har regeringen på hemställan av statsrådet Gertrud Sigurdsen beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till tandvårdslag.

Förslaget har inför lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Christer Lindau.

Förslaget föranleder följande yttrande av *lagrådet*:

Lagrådet lämnar förslaget utan erinran.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag  
PROTOKOLL  
vid regeringssammanträde  
1984-11-01

**Närvarande:** statsministern Palme, ordförande, och statsråden I. Carlsson, Feldt, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Bodström, Göransson, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Thunborg, Wickbom

**Föredragande:** statsrådet Sigurdson

## **Proposition med förslag till tandvårdslag m.m.**

---

### **1 Anmälan av lagrådsyttrande**

Föredraganden anmäler att lagrådet<sup>1</sup> har lämnat förslaget till tandvårdslag utan erinran.

### **2 Dimensioneringen av utbildningen av tandvårdspersonal**

Förslag om utbildningsdimensionering av tandläkar- och tandhygienistutbildningarna för budgetåret 1985/86 kommer att lämnas i budgetpropositionen för detta budgetår. Jag vill i detta sammanhang redogöra för min syn på dimensioneringen av utbildningen för olika kategorier av tandvårdspersonal. Jag har i denna fråga samrått med chefen för utbildningsdepartementet.

#### **2.1 Dimensioneringen av tandläkarutbildningen**

F.n finns 260 nybörjarplatser för tandläkarutbildning. Antalet utbildningsplatser har minskat med 240 platser från budgetåret 1979/80 till innevarande budgetår. Utbildningen vid den odontologiska enheten på Holländargatan i Stockholm har avvecklats. Vidare har beslut fattats som att lägga ned grundutbildningen av tandläkare vid tandläkarhögskolan i Malmö.

Socialstyrelsen har i en expertpromemoria lämnat en rapport om den mer långsiktiga arbetssituationen för tandläkare. Av rapporten framgår att antalet yrkesverksamma tandläkare (exkl. tandläkare som är 65 år och äldre) kommer att öka från 9 000 år 1984 till 9 600 år 1990 och att därefter vara

<sup>1</sup> Beslut om lagrådsremiss fattat vid regeringssammanträde den 11 oktober 1984.

ungefär konstant fram till år 2000 om nuvarande dimensionering av utbildningen bibehålls. Efter år 2000 kommer antalet tandläkare enligt prognosen till följd av den ojämna åldersfördelningen inom tandläkarkåren att minska kraftigt med nuvarande dimensionering.

Enligt min bedömning är det svårt att förutsäga hur efterfrågan på tandläkare kommer att utvecklas. Tandhälsan har förbättrats för såväl barnen och ungdomarna som de vuxna, vilket på sikt bör leda till minskade vårdbehov. Ett eftersatt vårdbehov finns dock hos vissa patientgrupper. Jag tänker här i första hand på patienter vid vårdinrättningar och vissa handikappade. En sammanvägning av dessa olika faktorer torde bli att resursanspråken på kort sikt i huvudsak blir oförändrade och på längre sikt kommer att minska. Vidare kan en förändrad vårdorganisation med starkare tonvikt på förebyggande åtgärder utförda av andra personalgrupper än tandläkare leda till ett minskat behov av tandläkare. Inte minst mot bakgrund av den långa utbildningstiden för tandläkare är det väsentligt att följa utvecklingstendenserna i dessa avseenden med stor uppmärksamhet och att anpassa utbildningskapaciteten till behovet.

## 2.2 Dimensionering av tandhygienistutbildningen

1978 års tandvårdsutredning (TU 78) har föreslagit att utbildningskapaciteten för tandhygienister skall öka till 300 utbildningsplatser.

Så gott som samtliga remissinstanser är överens om att en satsning på tandhygienister är riktig. De är trots det avvaktande, framför allt när det gäller tidpunkten för en sådan satsning.

Regeringen föreslår i budgetpropositionen varje år en planeringsram för och lokalisering av tandhygienistutbildningen. Varje landsting beslutar inom ramen slutligt om dimensioneringen. För budgetåret 1984/85 har riksdagen beslutat att planeringsramen skall uppgå till 210 platser.

För att en satsning på förebyggande tandvård skall komma till stånd kan det vara en fördel att vården utförs av personalgrupper som är utbildade just för detta. Insatserna bör anpassas till de förutsättningar varje patient har och i så stor utsträckning som möjligt bygga på tientens egna insatser.

Tillgången på tandhygienister är mycket ojämnt fördelad över landet. I fem landsting är det fler än 10 000 försäkrade per tandhygienist. Antalet försäkrade per tandhygienist i Norrbottens län är ca 2 800, i Västerbottens län ca 3 700 och i Värmlands län ca 4 000.

Enligt landstingens femårsplaner (LKELP 84) planerar landstingen att utöka antalet tandhygienisttjänster från ca 650 år 1984 till ca 700 år 1988.

Utbyggnaden är ojämnt geografiskt fördelad. I flera landsting planeras ingen eller endast en mindre utbyggnad av antalet tandhygienister. I vissa landsting, bl.a. Värmlands län, planeras en kraftig utbyggnad. Till detta kommer de privata vårdgivarnas efterfrågan på tandhygienister.

Tandvårdens efterfrågan på tandhygienister påverkas dels av tillgången på

tandhygienister, dels av arbetsfördelningen mellan olika personalkategorier inom tandvården. Denna senare fråga kommer som jag nämnt i avsnittet om tandhygienisternas ställning att utredas. Av mycket stor betydelse för efterfrågan på tandhygienister är dessutom – som TU 78 påpekar – tandvårdstaxan. Dessa förhållanden medför en viss osäkerhet när det gäller att bedöma vilken dimensionering av tandhygienistutbildningen som är lämplig. Jag vill dock betona att det i ett kortare tidsperspektiv finns anledning att upprätthålla en hög dimensionering av tandhygienistutbildningen. Chefen för utbildningsdepartementet avser att senare föreslå regeringen att uppdra åt universitets- och högskoleämbetet att se över tandhygienistutbildningens framtida organisation och dimensionering.

### **2.3 Dimensionering av tandsköterskeutbildningen**

TU 78 har inte särskilt behandlat dimensioneringen av tandsköterskeutbildningen. Kvarvarande statlig tandsköterskeutbildning i Göteborg och Umeå beräknas avvecklas i samband med att huvudmannaskapet för den tandvård som staten bedriver i anslutning till odontologisk utbildning och forskning förs över till landstingskommunalt huvudmannaskap. Den statliga tandsköterskeutbildningen i Malmö avvecklas i samband med att grundutbildningen av tandläkare läggs ned. Efterfrågan på tandsköterskor påverkas bl.a. av fördelningen av ansvars- och arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier. Jag räknar med att tandsköterskorna i ökad utsträckning kommer att engageras i det förebyggande arbetet. Jag utgår från att frågan om utbildningskapaciteten för tandsköterskor kommer att följas med uppmärksamhet av de ansvariga myndigheterna och utbildningshuvudmännen.

### **2.4 Dimensioneringen av tandteknikerutbildningen**

Riksdagen har tidigare beslutat att den statliga tandteknikerutbildningen skall avvecklas samt ersättas av en motsvarande landstingskommunal utbildning. Tidigare har en reguljär läroplan inom gymnasieskolan saknats. Numera finns en av skolöverstyrelsen fastställd läroplan för tandteknikerutbildningen som en högre specialkurs i gymnasieskolan. Den statliga tandteknikerutbildningen på de orter där motsvarande kommunal utbildning startar, dvs. vid universiteten i Lund och Umeå samt vid karolinska institutet, har avvecklats fr.o.m. budgetåret 1984/85. Antagningen till tandteknikerutbildningen vid universitetet i Göteborg kommer att fortgå även detta budgetår.

Socialstyrelsen har genom en särskild arbetsgrupp låtit utarbeta en ny prognos för det framtida behovet av tandtekniker. Arbetsgruppen har bedömt behovet av tandtekniker fram till år 2000. Arbetsgruppen bedömer att den framtida utbildningen av tandtekniker under prognosperiodens

inledning bör omfatta minst 70 och högst 80 utbildningsplatser. Dimensioneringen bör enligt arbetsgruppen noga följas upp i framtiden.

Jag utgår från att de ansvariga myndigheterna och utbildningshuvudmännen även i detta fall kommer att följa frågan om lämplig utbildningsdimensionering med uppmärksamhet.

### 3 Ersättningsreglerna inom tandvårdsförsäkringen m.m.

#### 3.1 Nuvarande ersättningssystem

1974 års tandreform bestod av två delar. Den ena utgjordes av ett utbyggnadsprogram för folktandvården samt av ett lagfästande av landstingens ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialisttandvården. Den andra delen var införandet av en allmän tandvårdsförsäkring för vuxna.

De nya ersättningsregler som infördes i försäkringen byggde i huvudsak på det rådande ersättningssystemet inom den enskilda tandvården.

Ansaret för *barn- och ungdomstandvården* åvilar landstingen. För att göra det möjligt för alla landsting att till oförändrade kostnader bygga ut barn- och ungdomstandvården under 1970-talet infördes fr.o.m. år 1974 bestämmelser i tandvårdstaxan (1973:638) om ersättning från försäkringen till landstingen. Ersättningen fastställs årligen av regeringen och har succesivt anpassats till kostnadsutvecklingen. Landstingen får sålunda för år 1984 ersättning med 555 kr. för varje fullständigt behandlat barn i åldern 3–6 år och med 1 110 kr. för barn och ungdomar i åldern 7–19 år. Från denna ersättning dras ett belopp som skall motsvara landstingens kostnader för barntandvården innan de nya bestämmelserna infördes. Ersättningen är så utformad att alla barn och ungdomar måste undersökas och behandlas inom en tolv månaders period för att maximal ersättning skall utgå.

De gällande ersättningsreglerna avsågs redan när de infördes ha begränsad räckvidd i tiden.

För *vuxentandvården* anger tandvårdstaxan villkoren för ersättning från tandvårdsförsäkringen. Taxan gäller såväl folktandvård som tandvård i enskild regi. Ersättningsreglerna i taxan omfattar tandläkarbehandling, behandling utförd av profylaxpersonal samt tandtekniska arbeten.

Försäkringen svarar för 40 % av kostnaden för tandvård inklusive tandtekniskt material. Återstoden betalas av patienten. För att begränsa patientens kostnader för mera omfattande tandvårdsbehov svarar försäkringen för en större andel av kostnaden över en viss nivå, dvs. ger en form av högkostnadsskydd. Patienten betalar således endast 25 % av tandvårdskostnaden till den del denna överstiger 2 500 kr. I vissa speciella fall tas inte ut någon patientavgift.

Behöver ett arbete göras om och det inte är skäligt att den försäkrade skall betala patientavgift för den nya behandlingen får försäkringskassan bestämma att arvudet för tandläkarens åtgärder eller för tandtekniskt arbete helt

eller delvis betalas av försäkringen. För tandvård som är föranledd av medfödda eller förvärvade ansikts- eller käkmissbildningar betalar försäkringen hela arvodet för tandvården under vissa angivna förutsättningar. Även fortsatt regelbunden tandvård för sådana patienter betalas av försäkringen.

Tandvårdstaxans arvodesbestämmelser är uppdelade i tre avdelningar, en för behandlingsåtgärder utförda inom allmäntandvården, en för tandtekniska arbeten och en för specialisttandläkare inom privatvården.

I tandvårdstaxan har de olika behandlingsåtgärderna grupperats under nio olika rubriker efter behandlingstyp. Detaljeringsgraden för de olika åtgärderna är stor. Totalt tas upp 82 olika behandlingsåtgärder utförda av tandläkare och som i taxan debiteras efter tidsåtgång, styckepris eller styckepris med latitud. Latituder förekommer för enkel, normal och svår behandling. För några åtgärder finns dessutom möjlighet att debitera enligt latituden "mycket svår".

Arvodesbeloppen för tandtekniska arbeten anknyter till motsvarande tandläkaråtgärder. Kostnader för tandtekniskt material ersätts med belopp som motsvarar inköpspriset inklusive mervärdeskatt och hanteringskostnader.

Vissa privatpraktiserande tandläkare med specialistkompetens får debitera arvoden enligt en särskild specialisttaxa när de utför tandvård inom sin specialitet. Specialisttaxan tillämpas inte inom folktandvården. Om en specialistkompetent tandläkare utför vård utanför sin specialitet skall den vanliga taxan tillämpas.

Tandvårdstaxans giltighet är begränsad i tiden. Den nuvarande taxan gäller längst till utgången av juni 1985. Inför varje taxeperiods utgång har riksförsäkringsverket överläggningar med vårdgivarförbunden angående taxbeloppen under nästkommande taxeperiod.

Som underlag för överläggningarna används statistik över tandläkarnas direkta praktikkostnader och bruttointäkter. Kostnader och intäkter beräknas per timme arbetad tid. En utgångspunkt för taxesättningen är att åstadkomma bruttointäktsneutralitet. Med detta begrepp avses att tandläkarens bruttointäkt per tidsenhet skall vara oberoende av vilken behandling som utförts på patienten. Den bruttointäktsneutralitet som eftersträvas utgjorde också ett mål då tandvårdsförsäkringen genomfördes år 1974. Efter hand har det emellertid visat sig att neutraliteten i taxan är på väg att gå förlorad. Det har därför ingått i TU 78:s uppdrag att se över det gällande ersättningssystemet och göra en bedömning av taxans effekter på vårdefterfrågan. Utredningen har också haft i uppdrag att belysa de administrativa och ekonomiska konsekvenserna av andra ersättningssystem som inte har samma omedelbara bindning mellan arvodesbelopp och patientandel.

### 3.2 Den framtida ersättningen för tandvårdsarbeten

Den totala tandvårdskostnaden år 1981 uppgick till ca 4 900 miljoner kr. Av detta belopp betalades 49 % av den allmänna försäkringen, 26,5 % av

patienterna och 24,5 % av huvudmännen för folktandvården. De direkta tandvårdskostnadernas fördelning mellan å ena sidan försäkringen och å andra sidan huvudmännen och patienterna bestäms huvudsakligen av tandvårdstaxans utformning. Tandvårdstaxan bestämmer den ersättning som utgår till såväl privatpraktiserande vårdgivare som folktandvården för den vård som ges åt vuxna. För barn- och ungdomstandvården har som redan nämnts särskilda ersättningsregler gällt under den tid folktandvården byggt ut sina resurser för att klara sitt vårdansvar för dessa grupper.

När tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 steg försäkringens kostnader kraftigt och har därefter beskrivit den utveckling som framgår av följande tabell. Som jämförelse har medtagits utvecklingen av konsumentprisindex.

| År                | Utgift<br>milj.kr. | Procentuell<br>ökning | KPI   | Procentuell<br>ökning |
|-------------------|--------------------|-----------------------|-------|-----------------------|
| 1974              | 698,6              |                       | 100   |                       |
| 1975              | 989,0              | + 41,6                | 109,8 | + 9,8                 |
| 1976              | 1 162,5            | + 17,5                | 120,9 | + 10,1                |
| 1977              | 1 315,3            | + 13,1                | 134,8 | + 11,5                |
| 1978              | 1 515,0            | + 15,2                | 148,8 | + 10,1                |
| 1979              | 1 823,0            | + 20,3                | 158,9 | + 7,1                 |
| 1980              | 2 174,3            | + 19,3                | 180,7 | + 13,7                |
| 1981              | 2 445,6            | + 12,5                | 202,5 | + 11,0                |
| 1982              | 2 633,7            | + 7,7                 | 219,9 | + 8,6                 |
| 1983              | 2 699,6            | + 2,5                 | 239,3 | + 8,8                 |
| 1984 <sup>1</sup> | 3 040              | + 12,6                | 258,4 | + 8,0                 |

<sup>1</sup> prognos

Som framgår av tabellen har försäkringens kostnadsutveckling varit oregelbunden. Detta har sannolikt flera orsaker. Under åren 1978–1982 genomfördes en rad ändringar av tandvårdsförsäkringens förmånsregler. Försäkringens generella ersättningsnivå sänktes från 50 till 40 % av vårdkostnaden. Ersättningen för profylaktiska åtgärder och helproteser sänktes från 75 till 40 % av kostnaden. Ersättningen för tandtekniskt material har sänkts från 100 till 40 % och högkostnadsskyddsgränsen har höjts från 1 000 till 2 500 kr. Dessa förändringar i försäkringsskyddet har medfört att tandvården blivit avsevärt dyrare för patienten.

Tandvårdskostnadernas utveckling har också i hög grad varit beroende av tillgången på tandvårdspersonal.

I det förslag till tandvårdslag som jag nu lägger fram ges landstingen ett utvidgat ansvar för befolkningens tandhälsa. Landstingen skall planera all tandvård inom sitt geografiska område. Detta gäller således både egen vård och vård som meddelas av privata vårdgivare. För att uppfylla detta ansvar skall landstingen samverka med de privata vårdgivarna samt med berörda samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Som jag tidigare nämnt har riksdagen nyligen beslutat om ett nytt ersättningssystem för hälso- och sjukvården i övrigt. Jag anser att det finns skäl att pröva förutsättningarna för ett förändrat ersättningssystem också för tandvården. Ett utredningsarbete med detta syfte bör därför bedrivas i samråd med Landstingsförbundet och Sveriges tandläkarförbund, vilka båda förklarat sig villiga att medverka i ett sådant arbete.

Det finns anledning att anta att det även med ett förändrat ersättningssystem finns behov av en särskild tandvårdstaxa.

TU 78 har i sitt slutbetänkande (SOU 1982:50) Reviderad tandvårdstaxa lämnat ett förslag till förändrad tandvårdstaxa. Förslaget är emellertid bl.a. av kostnadsskäl inte möjligt att genomföra utan en väsentlig omarbetning. Jag avser därför att föreslå regeringen att ge riksförsäkringsverket i uppdrag att med utgångspunkt i tandvårdsutredningens förslag till förenklingar och förbättringar av gällande taxa och synpunkter som framkommit vid remissbehandlingen av förslaget utarbeta ett nytt taxeförslag.

### **3.3 Begränsning av privatpraktiserade tandläkares rätt att ansluta sig till tandvårdsförsäkringen**

I samband med tandvårdsreformens genomförande skedde en överströmning av tandläkare från folktandvården till privatpraktikervården. För att förhindra detta infördes en begränsningsregel som gav riksförsäkringsverket möjlighet att föreskriva att en tandläkare inte fick föras upp på försäkringskassans förteckning över privatpraktiserande tandläkare – och därmed anslutas till tandvårdsförsäkringen – om verket fann anledning anta att folktandvårdens behov av tandläkare skulle bli otillräckligt tillgodosett.

Begränsningsregeln gällde ursprungligen till utgången av år 1975 men giltighetstiden har därefter förlängts i flera omgångar.

TU 78 har konstaterat att begränsningsregeln har fyllt sitt syfte, nämligen att tillföra folktandvården nettotillskottet av tandläkare. För att förbättra den regionala fördelningen av tandläkare inom vuxentandvården har utredningen i sitt huvudbetänkande (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet föreslagit en ytterligare förlängning av begränsningsregeln.

Begränsningsregeln har senast genom beslut hösten 1983 fått en förändrad inriktning och förlängd giltighetstid t.o.m. år 1984. I propositionen angav föredraganden som ett viktigt skäl för att bibehålla begränsningar i anslutningsreglerna att det ansträngda ekonomiska läge som samhället befann sig i medförde, att den begränsade ökning av antalet försäkringsanslutna tandläkare som var ekonomiskt möjlig borde tillföras de kommuner där tandläkartätheten understeg en tandläkartimme per försäkrad. Riksdagen ställde sig bakom föredragandens bedömning i det här avseendet (prop. 1983/84:66, SfU 14, rskr 120).

De begränsningsregler för anslutning till försäkringen som tillämpats efter det att tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har haft god effekt då det gällt

möjligheterna att genomföra den beslutade utbyggnaden av folktandvården. Denna utbyggnad har i sin tur varit nödvändig för att landstingen skall kunna uppfylla sitt lagfästa ansvar för barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvården.

Samtliga landsting fullgör numera den lagenliga vårdskyldigheten avseende barn- och ungdomstandvården.

När det gäller vuxentandvården är läget annorlunda. Landstingens satsningar på barn- och ungdomstandvården har inneburit att resurser tidigare har omfördelats från vuxentandvård till barn- och ungdomstandvård. Folktandvården svarar f.n. för ca 26 % av vuxentandvården i landet räknat i tandläkartimmar. Återstoden av vuxentandvården sköts av privatpraktiserande tandläkare. Utbyggnaden av folktandvården har i någon mån förbättrat den regionala fördelningen av tandvårdsresurserna. Det står dock klart att det fortfarande finns betydande regionala skillnader när det gäller tillgången på tandläkare för vuxentandvården.

I stora delar av landet är tandläkartätheten redan i dag tillräcklig för att tillgodose tandvårdsbehovet. Det finns dock avsevärda skillnader mellan olika regioners tillgång på tandvård. Det är därför enligt min mening en angelägen uppgift att åstadkomma en mera behovsanpassad och rättvis regional fördelning av tandvårdsresurserna. Denna uppfattning har också kommit fram vid remissbehandlingen av tandvårdsutredningens betänkande. Jag anser det också nödvändigt att åstadkomma en mer rättvis inomregional fördelning av tandvårdsresurserna. Detta problem har uppmärksamats av TU 78 som konstaterat att de inomregionala fördelningsproblemen är lika stora -ibland större -än de mellanregionala.

Mot denna bakgrund anser jag det nödvändigt att det även fortsättningsvis finns särskilda regler för anslutningen av tandläkare till försäkringen. Dessa regler bör som f.n. syfta till att anpassa tandvårdsresurserna till behov och samhällsekonomiskt utrymme och därvid uppnå en såväl mellanregional som inomregional utjämning.

I avvaktan på resultatet av det arbetet som kommer att påbörjas angående möjligheterna till ett förändrat ersättningssystem för tandvården som jag tidigare redogjort för, bör den nuvarande möjligheten att begränsa tandläkares anslutning till försäkringen förlängas. Jag förordar därför att bestämmelserna om privatpraktiserande tandläkares anslutning till tandvårdsförsäkringen skall gälla även för år 1985.

### 3.4 Upprättat lagförslag

I enlighet med det anförda har inom socialdepartementet upprättats förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

#### 4 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att anta

*dels* det av lagrådet granskade förslaget till tandvårdslag,

*dels* förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört i fråga om dimensioneringen av utbildningen av tandvårdspersonal.

#### 5 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och det ändamål som föredraganden har hemställt om.

## **Sammanfattningar av betänkandena (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet samt (Ds S 1983:4) Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter**

### **Sammanfattning av betänkandet (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet**

#### **Tandvården under 80-talet**

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

#### **Tandvårdslag**

Utredningen föreslår att den nuvarande folktandvårdslagen ersätts med en tandvårdslag.

#### **Barn- och ungdomstandvården**

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

#### **Landstingens ansvar för vuxentandvården**

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

#### **Tandvård för pensionärer**

Utredningen framhåller vikten av att pensionärernas tandvårdsbehov kartläggas och att åtgärder vidtages för att tillgodose detta. Genom att

folktandvården ingår som en del i landstingets totala vårdverksamhet anser utredningen att den har särskilt goda förutsättningar att medverka till uppsökande verksamhet bland de grupper, bl.a. pensionärer, som f.n. inte har tillgång till eller trots tandvårdsbehov av olika skäl inte efterfrågar tandvård.

#### Samverkan mellan folktandvården och privattandvården

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

#### Etableringsbegränsningar inom privattandvården

Det krävs enligt utredningens mening aktiva åtgärder från samhällets sida för att förbättra den regionala och inomregionala fördelningen av tandvårdsresurserna. Utredningen finner det nödvändigt att etableringsbegränsning av privatpraktiserande tandläkare kan ske även efter 1982 för att säkerställa en förbättrad regional balans. Enligt utredningens förslag bör möjligheterna till etableringsbegränsning bibehållas t.o.m. 1987. För att tandläkartätheten i Stockholm, Göteborg och Malmö, som redan är mycket hög, inte skall öka ytterligare och därmed göra obalansen ännu större bör antalet tandläkare i dessa områden inte få öka utöver det antal som finns där nu. Mot den bakgrunden föreslår utredningen att möjligheterna till etableringsbegränsning skall bibehållas för dessa områden t.o.m. 1992. Med hänsyn till att syftet med reglerna främst är att uppnå en bättre regional balans föreslår utredningen att ansvaret för tillämpningen av etableringsregeln förs över från riksförsäkringsverket till socialstyrelsen.

#### Folktandvårdens utbyggnad

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

## Kvotering inom folktandvården

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

## Förebyggande vård

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

Utredningen understryker vikten av att de ungdomar som vid 20 års ålder lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården även efter denna ålder erbjuds regelbunden tandvård. Utredningen pekar även på möjligheterna att inom företagshälsovårdens ram erbjuda förebyggande tandvård.

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

Enligt direktiven skulle utredningen undersöka förutsättningarna att knyta tandteknikerna närmare till försäkringen. Utredningen har inte funnit tillräckliga skäl för anslutning av tandteknikerna till försäkringen.

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

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

### Sammanfattning av betänkandet (Ds S 1983:4) Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter

Som en konsekvens av 1978 års tandvårdsutredning (TU 78) uttalande att tandvården ska erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor finner arbetsgruppen att samhället genom ett mera aktivt erbjudande av tjänster i olika organisatoriska former bör kompensera sjukhustandvårdens patientgrupper för de på olika sätt dubbla problem de har i tandvårdssituationen. Med undantag för den tandvård vid akutsjukhusen, som har mer tillfällig prägel, ska tandvården till de patienter arbetsgruppen hänför till sjukhustandvårdens patientkrets vara organiserad och inriktad på att tillfredsställa patientens tandvårdsbehov.

Sjukhustandvårdens patienter utgörs enligt arbetsgruppen av följande två huvudgrupper

I. Inneliggande patienter

II. Övriga patienter, som p.g.a. sjukdom eller handikapp kräver sjukhustandvårdens resurser.

Av inneliggande patienter anser arbetsgruppen att de med kortare vårdtid än sex månader ska ges akuttandvård medan patienter med beräknad längre vårdtid än sex månader ska ges organiserad tandvård.

Övriga personer, som p.g.a. sjukdom eller handikapp kräver sjukhustandvårdens resurser hänförs av arbetsgruppen till någon av åtta olika patientkategorier. Av dessa anser man att patienter på enskilda vårdhem samt hemsjukvårdspatienter och patienter med sjukvårdsbidrag ska likställas med långvårdspatienter och ges organiserad vård. För övriga patienter tillhörande någon av de åtta kategorierna anser arbetsgruppen att först när sådana medicinsk-, odontologiska- eller tekniska förhållanden föreligger att deras tandvård kräver sjukhustandvårdens resurser är det motiverat att de remitteras till sjukhustandvården för konsultation eller fullständig respektive partiell behandling. Remiss från läkare, sköterska, kurator eller liknande bör i sådana fall gå till allmäntandvården där remissmottagande tandläkare avgör om patienten kan beredas vård inom allmäntandvården eller kräver vård på sjukhustandklinik.

Arbetsgruppen anser att akut tandvård ska omfatta

– Eliminering av smärta.

– Tandvård på medicinsk- odontologiska grunder. Med tandvård på medicinsk- odontologiska grunder menas tandvård, som har ett direkt samband med patientens sjukdomstillstånd resp. rehabilitering.

– Av läkare begärd odontologisk utredning.

– Hänvisning för vidare behandling.

Den organiserade tandvården ska omfatta följande moment:

– Preliminär oral undersökning inom rimlig tid efter inskrivning.

- Tandsjukvård med ett för patienten avpassat realistiskt vårdinnehåll.
- Revisionstandvård.

Sjukhustandläkarens arbetsuppgifter sammanfattar arbetsgruppen sålunda i kapitel 10:

att i den omfattning som anges i föregående kapitel odontologiskt bedöma och omhänderta patienter som vårdas på institution

att på remiss från läkare eller tandläkare utanför institution i den omfattning som anges i föregående kapitel ta emot och behandla sådana psykiskt eller fysiskt sjuka eller handikappade personer som av en eller annan anledning inte kan få sin tandvård tillgodosedd på annat sätt

att på begäran från annan allmän- eller specialisttandläkare lämna råd och anvisningar rörande den odontologiska behandlingen av psykiskt eller fysiskt sjuka eller handikappade

att medverka vid den remissstandvård som utförs under narkos vid institutionen i samarbete med narkosläkare som anlitas vid denna vårdform

att i samverkan med tandvårdsteamet i övrigt övervaka och bidra med råd och anvisningar till inneliggande såväl som till remisspatienter vad gäller munhygieniska rutiner och hjälpmedel

att upprätta profylax- och hygienrutiner rörande tandvård individuellt anpassade för enskild patient och till avdelningens karaktär

att följa tandvårdens och i berörda delar sjukvårdens utveckling i allmänhet och särskilt på de områden av sjukvården som är av betydelse för sjukhustandvården.

För närvarande finns det inte någon målinriktad utbildning för sjukhustandläkare vilket försvårar rekryteringen. Arbetsgruppen har diskuterat utbildningsfrågan för sjukhustandläkarna och ger sin åsikt till känna genom att i bilaga redovisa ett förslag till ugnfärlig omfattning och innehåll för en sådan kompletterande utbildning.

## Bilaga 2

**Tandvårdsutredningens lagförslag***Nuvarande lydelse***Folktandvårdslag (1973:457)<sup>1</sup>****1 §**

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

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

**2 §**

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

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

**3 §**

Landstingskommun skall, utöver den specialisttandvård som följer av 2 §, svara för specialisttandvård för

*Föreslagen lydelse***Förslag till Tandvårdslag<sup>2</sup>**

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §**

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

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

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

**2 §**

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

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

**3 §**

Landstingskommunen skall, utöver den specialisttandvård som följer av 2 §, svara för specialisttand-

<sup>1</sup> Bestämmelserna i folktandvårdslagen jämte övergångsbestämmelser återges här för att underlätta en jämförelse mellan nämnda lag och den föreslagna tandvårdslagen.

<sup>2</sup> Förslaget till tandvårdslag bör kunna arbetas in i den kommande hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

*Nuvarande lydelse*

vuxna som är bosatta inom landstingskommunen.

## 4 §

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

## 5 §

Ledningen av folktandvården utövas inom varje landstingskommun av en tandvårdsnämnd, i den mån annat ej följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179). Landstingskommun får tillsätta särskild tandvårdsnämnd eller uppdraga åt annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Har så ej skett är sjukvårdsstyrelsen tandvårdsnämnd.

I fråga om särskild tandvårds-

*Föreslagen lydelse*

vård för vuxna som är bosatta inom landstingskommunen.

## 4 §

Landstingskommunen skall svara för tandvård åt patienter vid av landstingskommunen bedrivna vårdinrättningar.

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

## 5 §

Landstingskommunen skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i den omfattning som erfordras för att de som är bosatta inom landstingskommunen skall erhålla en god tandvård. Omfattningen skall dock motsvara minst 35 procent av tandvården för vuxna i landstingskommunen.

## 6 §

Landstingskommunen skall planera tandvårdens utveckling och organisation i samarbete med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Planeringen skall ske på kommun- eller kommundelsnivå. Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.

## 7 §

(Bör utformas i enlighet med motsvarande bestämmelser i kommande hälso- och sjukvårdslagstiftning.)

*Nuvarande lydelse*

nämnd tillämpas bestämmelserna i 3 kap. 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt.

## 6 §

Folktandvården står under tillsyn av socialstyrelsen.

## 7 §

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

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

2. Bestämmelsen i 2 § andra stycket om erbjudande av behandling skall för år 1980 icke gälla barn till och med det år då de fyller fem år och ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år.

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

3. Bestämmelsen i 2 § andra stycket att tandvården skall vara avgiftsfri för patienten skall icke gälla ungdomar från och med det år då de fyller sjutton år, om de ej omfattas av tandvård som avses i första punkten av nämnda stycke. Av ungdomar för vilka avgiftsfrihet icke gäller får dock uttagas högst 50 procent av de högsta patientavgifter som gäller enligt särskilda bestämmelser.

4. Socialstyrelsen får tills vidare för viss tid undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 3 § svara för tandvård inom viss eller vissa specialiteter.

*Föreslagen lydelse*

## 8 §

Tandvården står under tillsyn av socialstyrelsen.

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

2. Socialstyrelsen får tills vidare för viss tid undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 3 § svara för tandvård inom viss eller vissa specialiteter.

*Nuvarande lydelse*

5. Landstingskommun skall i en plan över folktandvården redovisa den utbyggnad som behövs för att tandvård som sägs i 2–4 §§ skall kunna tillhandahållas.

*Föreslagen lydelse*

3. Landstingskommun skall i en plan över folktandvården redovisa den utbyggnad som behövs för att tandvård som sägs i 5 § skall kunna tillhandahållas.

4. Socialstyrelsen får tills vidare för viss tid dock längst till utgången av år 1987 undantaga landstingskommun från skyldighet att enligt 5 § tillhandahålla minst 35 procent av tandvården för vuxna. För Stockholms läns landsting, Göteborgs kommun och Malmö kommun får undantagande som nu sagts meddelas längst till utgången av år 1992.

5. För att samtliga landstingskommuner skall kunna tillhandahålla tandvård i den omfattning som sägs i 5 §, får socialstyrelsen till och med utgången av år 1992 föreskriva i vilken utsträckning landstingskommun får tillsätta tandläkartjänster inom folktandvården.

**Sammanställning av remissyttranden över betänkandena (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet samt (Ds S 1983:4) Sjukhus-  
tandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter**

**Remissinstanserna**

Efter remiss har yttranden över betänkandet (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet avgetts av kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statens handikappråd, statskontoret, riksrevisionsverket (RRV), universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landstingsförbundet, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Älvsborgs läns landsting, Skaraborgs läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Gotlands kommun, Försäkringskasseförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen, Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges tandteknikers riksförbund, Riksföreningen mot tandsjukdomar (Tandvärnet), Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR).

Yttranden har dessutom inkommit från näringsfrihetsombudsmannen, Sveriges folkpensionärers riksförbund, Sveriges tandhygienistförening, Praktikertjänst AB, Handelns arbetsgivarorganisation.

Handelns arbetsgivarorganisation har avgivit yttrande även för Svenska arbetsgivareföreningen.

Efter remiss har yttranden över betänkandet (Ds S 1983:4) om sjukhus-  
tandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter avgetts av socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Västernorrlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Sveriges tandläkarförbund.

I vissa frågor där remissopinionen har varit mer splittrad har remissvaren återgivits i sin helhet. I övrigt refereras synpunkter i sammandrag.

## Remissyttrandena

### *Särskild tandvårdslag*

*Riksförsäkringsverket:* Riksförsäkringsverket ställer sig positivt till utredningens förslag att tandvårdslagstiftningen bör ingå i den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

*Göteborgs universitet:* Också detta förslag finner nämnderna i princip väl motiverat. Det är emellertid viktigt att tandvårdens speciella problem och funktioner klart formuleras i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

*Karolinska Institutet:* Odontologiska fakulteten ifrågasätter förslaget om att tandvården innefattas i hälso- och sjukvårdslagstiftningen och att nuvarande folktandvårdslag – och då även folktandvårdskungörelse – upphävs, då detta skulle medföra att vissa behörighets- och tjänstetillsättningsregler upphör.

*Spri:* Spri biträder denna uppfattning och anser att den formella regleringen av tandvården skall ingå i hälso- och sjukvårdslagen. De områden som är specifika för tandvården får regleras i annan författningsform.

*Landstingsförbundet:* Hälso- och sjukvårdsutredningen ansåg att i begreppet hälso- och sjukvård ingår på ett naturligt sätt verksamheter med direkt sjukdomsförebyggande inriktning men också tandvård. Tandvården borde därför innefattas i den kommande hälso- och sjukvårdslagen. Landstingsförbundet ställde sig i sitt remissyttrande bakom HSU:s tankegångar om tandvårdens roll i hälso- och sjukvården. Förbundet ansåg dock att resultaten från 1978 års tandvårdsutredning borde avvaktas när det gäller preciseringen av innehållet i tandvården.

I proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m. uttalade föredragande statsrådet att enligt hennes mening talade mycket för att landstingskommunernas ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen även borde omfatta tandvården. Med hänsyn till pågående utredningsarbete inom 1978 års tandvårdsutredning var hon emellertid inte beredd att ta slutlig ställning här till.

Tandvårdsutredningen har utformat sitt lagförslag med hälso- och sjukvårdslagen som förebild. I vissa hänseenden är emellertid landstingens ansvar inom tandvårdsområdet mer preciserat än inom hälso- och sjukvården. Detta gäller till exempel det totala vårdansvaret för barn och ungdom där en aktiv uppsökande verksamhet från landstingen krävs samt förslaget att folktandvården skall svara för minst 35 procent av tandvården för vuxna i landstingskommunen.

Landstingsförbundet avstår från att lägga tekniska synpunkter på utredningens förslag till tandvårdslag men anser att förslaget med dess preciseringar av vårdansvarets omfattning, vilka Landstingsförbundet tillstyrker, dock bör kunna inarbetas i hälso- och sjukvårdslagen. Preciseringarna av tandvårdsansvarets omfattning kan därvid införas i övergångsbestämmelser

till hälso- och sjukvårdslagen eller specialmotiveringarna till nämnda lag.

*Stockholms läns landsting:* Tandvårdsnämnden delar förvaltningens uppfattning om att tandvårdslagen bör vara fristående från hälso- och sjukvårdslagen.

Tandvårdsförvaltningen framhåller att TU 78:s lagförslag för tandvården till skillnad från stadgandena i HSL innebär att vårdgivaransvaret strikt fördelas mellan landstingskommunen och andra vårdgivare, i detta fall privattandläkarna. Det stadgas således att landstingskommunen skall svara för tandvård inklusive specialisttandvård för barn och ungdomar, för specialisttandvård för vuxna samt för tandvård åt patienter vid av landstingskommunen drivna vårdinrättningar och för vissa handikappade. Därutöver skall landstingskommunen tillhandahålla tandvård för vuxna i en omfattning som minst skall motsvara 35 % av tandvården för vuxna inom landstingskommunen. Detta lagförslag är således av en helt annan karaktär än HSL. Orsaken härtill torde främst vara att söka i att tandvården inom landet bedrivs till ca 50 % i privat regi medan privatsektorns andel av hälso- och sjukvården endast är ca 5 %. Detta innebär väsentligt olika utgångspunkter för en lagkonstruktion.

Tandvårdsförvaltningen finner mot denna bakgrund det förvånande att TU 78 anser att utredningens förslag till tandvårdslag skall kunna inarbetas i hälso- och sjukvårdslagen. Tandvårdsförvaltningen gör för sin del bedömningen att en särskild tandvårdslag är motiverad med hänsyn till de väsentliga skillnader som föreligger mellan tandvården och hälso- och sjukvården när det gäller förutsättningarna att bedriva respektive verksamhet. Som exempel på sådana skillnader kan nämnas vårdverksamhetens fördelning mellan offentlig respektive privat sektor, vårdansvarets utformning, konstruktion för statsbidrag, vårdgivartaxor, patientavgifter och utbildningssystemens konstruktion.

*Östergötlands läns landsting:* Landstinget uttalade i sitt remissyttrande över HSU sitt fulla stöd för att tandvården skall betraktas som en naturlig del av hälso- och sjukvårdslagen.

De av Tandvårdsutredningen framförda synpunkterna på den framtida tandvården ger ytterligare stöd för att tandvården bör styras av hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget vill därför starkt betona att en kommande lagstiftning för tandvården bör knytas an till hälso- och sjukvårdslagen. Detta kan enligt landstingets mening ske efter de riktlinjer som drogs upp av HSU. Enligt dessa skulle det endast under en övergångstid på cirka fem år fordras en särskild tandvårdslag, vilken kan utformas i enlighet med Tandvårdsutredningens förslag.

*Jönköpings läns landsting:* Utredningen föreslår att tandvårdslagen inarbetas i Hälso- och sjukvårdslagen. HSN tillstyrker detta.

*Göteborgs och Bohus läns landsting:* Utredningens förslag att inarbeta en ny tandvårdslag (som ersättning för nuvarande folktandvårdslag) i den nya hälso- och sjukvårdslagen är i princip väl grundat och motiverat. Denna

”inarbetning” får dock ej innebära att tandvårdens speciella ansvarsområden och uppgifter endast kommer till uttryck i form av ”bisatser” i bestämmelserna för övrig hälso- och sjukvård.

Tandvårdens speciella ställning inom den totala hälso- och sjukvården skall med andra ord enkelt och entydigt kunna utläsas i hälso- och sjukvårdslagen.

*Örebro läns landsting:* Förvaltningsutskottet anser att det åtminstone under 1980-talet behövs en mer preciserad lagstiftning för tandvården, än för hälso- och sjukvården i övrigt. Detta kan ske antingen genom en särskild tandvårdslag med i huvudsak det innehåll som utredningen föreslår eller i annat fall genom att övergångsbestämmelser med motsvarande innehåll tillföres hälso- och sjukvårdslagen.

*Göteborgs kommun:* Utredningens förslag att inarbeta en ny tandvårdslag (som ersättning för nuvarande folktandvårdslag) i den nya hälso- och sjukvårdslagen är i princip väl grundat och motiverat. Denna ”inarbetning” får dock ej innebära att tandvårdens speciella ansvarsområden och uppgifter endast kommer till uttryck i form av ”bisatser” i bestämmelserna för övrig hälso- och sjukvård.

Tandvårdens speciella ställning inom den totala hälso- och sjukvården skall enkelt och entydigt kunna utläsas i hälso- och sjukvårdslagen.

*LO:* Utredningen föreslår att nuvarande folktandvårdslag ersätts med en tandvårdslag som utredningen anser bör inordnas under hälso- och sjukvårdslagstiftningen. LO har inget att erinra mot att så sker. Därigenom förstärkes lagmässigt landstingens ansvar för tandvården, inte minst för den förebyggande vården.

*SACO/SR:* SACO/SR delar den uppfattning som kommit till uttryck i HSL:s förarbeten, nämligen att tandvården bör omfattas av begreppet hälso- och sjukvård. Utan att direkt ta ställning till framtida reglering av tandvården i Sverige finner SACO/SR att de principer för landstingskommunernas ansvar som ligger bakom HSL även bör prägla utformningen av den framtida tandvården i Sverige. I nuläget kan SACO/SR konstatera att tandvårdspatienterna tyvärr kommit och kommer att behandlas helt avvikande från övriga patienter inom hälso- och sjukvården.

*Sveriges tandläkarförbund:* Tandläkarförbundet delar den uppfattning som kommit till uttryck i HSL:s förarbeten, nämligen att tandvården bör omfattas av begreppet hälso- och sjukvård. Utan att i detta avsnitt taga ställning till den framtida författningsmässiga regleringen av tandvården i Sverige finner dock tandläkarförbundet att de principer för landstingskommunernas ansvar som ligger bakom HSL även bör prägla utformningen av den framtida tandvården i Sverige.

*Landstingens ansvar för tandvården*

(Synpunkterna återges i sin helhet)

*Socialstyrelsen:* Kommittén föreslår att landstingen ges ett i förhållande till nuvarande lagstiftning väsentligt utökat ansvar för vuxnas tandvård. I paragraf 5 i kommitténs förslag till tandvårdslag står sålunda: "Landstingskommunen skall i övrigt tillhandahålla tandvård för vuxna i den omfattning som erfordras för att de som är bosatta inom landstingskommunen skall erhålla en god tandvård". I sina överväganden har kommittén utvecklat innebörden av landstingens ansvar för vuxentandvården i en form som har karaktären av specialmotivering till lagtexten. Enligt kommittén innebär vårdansvaret inte att all tandvård skall bedrivas i landstingets regi. Socialstyrelsen finner för sin del att det ansvar som kommittén vid lägga på landstingen för vuxentandvården väl svarar mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Styrelsen ansluter sig till kommitténs förslag.

*Riksförsäkringsverket:* Landstingens ansvar för tandvården bör utformas på likartat sätt som för hälso- och sjukvården i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

*Statskontoret:* Statskontoret stöder i stort av utredningen (avsnitt 7.1) föreslagna riktlinjer beträffande socialstyrelsens centrala ansvar för tandvården i landet och landstingens ansvar för utöver barn- och ungdomstandvård även för vuxentandvården inom respektive landstingsområde.

*RRV:* RRV anser att den inriktning mot god tandhälsa hos hela befolkningen, som uttrycks i förslaget till ny lagstiftning, är i överensstämmelse med den utveckling som skett inom vårdsektorn i övrigt. Det övergripande vårdansvar som åläggs landstingen måste enligt RRVs mening primärt bl.a. innebära att landstingen skall tillse att alla som behöver får en tandläkarkontakt. I ett samhällsekonomiskt läge med begränsade utbygg-nadsmöjligheter ställer detta krav på regional omfördelning av tandläkarresurserna samt prioritering och förändrad användning av befintliga resurser genom bl.a.

- förbättrad vårdplanering och organisation
- utökad samverkan privattandläkare - folktandvård
- överförande av resurser från barn- och ungdomstandvård (längre behandlingsintervall) till vuxentandvård
- begränsningar i vårdens omfattning.

Två grundproblem inom vuxentandvården synes därför vara dels att åstadkomma en för riket gemensam ambitions- och kvalitetsnivå inom folk-resp. privattandvården (att bl.a. förhindra icke önskvärda kvalitetshöjningar och ökade regionala skillnader), dels att skapa organisationsmodeller och en vårdplanering så att en större andel patienter kan beredas plats inom ramen för befintliga resurser. RRV anser det förvånande att utredningen ägnat så förhållandevis liten uppmärksamhet åt dessa problem. Organisationsmodeller typ "hustandläkare" med ansvar för visst segment av befolkningen skulle

rimligen ha kunnat diskuterats av utredningen.

*Spri:* Spri biträder utredningens förslag i frågan om planeringsansvar, samverkansansvar och samarbetsformer. Även detta regleras i den nya hälso- och sjukvårdslagen, som med ovanstående utvidgning även kommer att omfatta tandvård.

*Landstingsförbundet:* Landstingsförbundet tillstyrker utredningens förslag vad gäller landstingens övergripande planeringsansvar och de föreslagna samverkansformerna med de privata vårdgivarna m.fl.

*Stockholms läns landsting:* Tandvårdsförvaltningen stöder utredningens förslag att landstingen ska ha planeringsansvar för all tandvård inklusive privattandvården. Landstingen bör även ha ett yttersta vårdansvar/resursansvar. Detta bör dock bara gälla tandvård som inte ålagts annan huvudman (staten eller primärkommuner). Detta ansvar torde dock leda till kostnadsökningar.

Utredningens uppfattning att landstingen bör få ett ansvar för tandvårdens inriktning delas ej av tandvårdsförvaltningen. Landstingen saknar styrmedel för att kunna leva upp till ett sådant ansvar i första hand beträffande den vård som utförs inom privattandvården. Däremot anser tandvårdsförvaltningen att landstingen skall verka för att tandvården får en önskvärd inriktning. Detta kan ske genom att vårdinnehållsfrågor diskuteras och genom att rekommendationer i detta avseende utarbetas i samband med den planering av tandvården som under landstingens ansvar genomförs i samverkan med de privata vårdgivarna.

*Uppsala läns landsting:* I stort instämmer landstinget i utredningens förslag att lägga ett utökat ansvar på landstingen för utveckling och planering av tandvården inom landstingsområdet. Förslaget överensstämmer också i huvudsak med landstingets åligganden för övrig hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det bör dock observeras att det övergripande målet för tandvården bör vara en god tandhälsa på lika villkor, i överensstämmelse med vad som anges i hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget anser dock inte att tandvårdens inriktning skall styras av program upprättade av socialstyrelsen. Sådana åtgärdsprogram bör i stället utarbetas av respektive landsting.

*Södermanlands läns landsting:* Utskottet vill betona att det måste vara landstingen som har det yttersta ansvaret för framtagandet av en tandvårdsplan med hänsyn till den politiska demokratin. Att planarbetet sedan sker i samverkan med bl.a. de privatpraktiserande tandläkarna, är i överensstämmelse med den nya hälso- och sjukvårdslagen.

*Östergötlands läns landsting:* Landstingets uppfattning att tandvården bör inordnas i hälso- och sjukvårdslagen innebär samtidigt att landstinget anser att sjukvårdshuvudmännen bör ha ett övergripande ansvar för att alla som är bosatta inom landstingsområdet erbjuds god tandvård på lika villkor.

Landstinget finner det naturligt att med vårdansvaret följer en skyldighet att vid tandvårdens planering samverka med andra samhällsorgan och med

privata vårdgivare. En av landstinget fastställd tandvårdsplan bör utgöra den naturliga grunden för hur tandvården skall bedrivas inom landstingsområdet, vilka vårdmål som skall gälla etc.

Sveriges tandläkareförbunds expert i Tandvårdsutredningen ansluter sig till förslaget att landstinget får ett ansvar för den övergripande planeringen av tandvården. Beträffande vuxentandvården hävdas emellertid att samverkansorganet – med representanter för landstinget, de privata vårdgivarna och försäkringskassan – bör ges en officiell status och att dess beslut skall vara starkt vägledande även om de är av rekommendationskaraktär. Landstinget vill i detta sammanhang betona att det politiska ansvaret för utarbetande, fastställande och genomförande av tandvårdplaner helt bör ligga på landstingen. Landstingen bör ha det avgörande inflytandet över utformningen av tandvårdsplaner. Detta hindrar inte att upprättandet av en tandvårdsplan sker i samverkan med t.ex. de privata vårdgivarna. Tvärtom bör en sådan samverkan vara positiv för att på lämpligaste sätt tillvarata de samlade resurserna inom länet.

*Jönköpings läns landsting:* Såväl utredningens majoritet som reservanterna anser att landstingen skall ha planeringsansvar för att alla som är bosatta inom landstingsområdet erbjuds god tandvård. HSN har inget att invända mot detta i princip. Reservanterna tycks mena att planeringsansvaret i praktiken skall ligga på samverkansorganet mellan landstinget och tandläkarna. Det är HSNs uppfattning att fördelningen av tandvårdsresurserna, såväl geografiskt som mellan de två vårdsektorerna, är av sådan betydelse för medborgarna att ansvaret för denna planering entydigt bör ligga på landstinget. Det är naturligt att planeringen sker i samarbete med de privata vårdgivarna, eftersom dessa svarar för cirka 50% av tandvårdsresurserna i landet. Samverkan med de privata vårdgivarna sker redan idag i vissa praktiska frågor, såsom akuttandvård. Utredningen berör också behovet av samverkan kring vårdmål, vårdprogram m.m. Sådan samverkan anser HSN nödvändig för att nå målet ”en tandvård på lika villkor för hela befolkningen”.

*Kalmar läns landsting:* Hälso- och sjukvårdslagen ger landstingen ett totalt ansvar för planeringen av all hälso- och sjukvård och landstinget anser det därför självklart att detta ansvar också skall gälla tandvård.

*Blekinge läns landsting:* Det synes styrelsen nödvändigt att planeringsansvaret ligger där de politiska besluten rörande bland annat resurser och resursstyrning kan ske. Detta bedöms som förutsättningen för att den övergripande målsättningen om god tandvård åt alla skall kunna realiseras.

*Kristianstads läns landsting:* Inom vuxentandvården tar utredningsförslaget upp följande områden där landstinget föreslås få ett övergripande ansvar i nära samverkan med privata vårdgivare: vårdansvar, planeringsansvar, resursansvar, vårdinnehållsansvar. Detta ansvar för avspeglar sig i ett samlat agerande från landstingets och privattandläkarnas lokala organisationer och

bör komma till uttryck i de överenskommelser som görs inom samverkansorganets ram.

*Malmöhus läns landsting:* Direktionen ansluter sig till utredningens förslag att landstingen får ansvaret för att tandvårdsplaner upprättas i samverkan med privattandvården. Planerna bör på sikt kunna fungera som styrinstrument för en mera rättvis fördelning av resurserna. För att dessa resurser, både nuvarande och tillkommande, skall kunna utnyttjas på bästa sätt krävs att en samverkan kommer till stånd mellan folktandvården och de privatpraktiserande tandläkarna.

Direktionen är överens med utredningen om att det i fortsättningen är nödvändigt med en utvidgad samverkan mellan offentlig och privat tandvård.

*Hallands läns landsting:* Vi finner det också naturligt att landstingen ges ett planeringsansvar för tandvårdens utveckling och organisation och att samarbete därvid skall ske med samhällsorgan, organisationer och enskilda vårdgivare.

*Göteborgs och Bohus läns landsting:* Utredningens förslag beträffande vårdansvar, planeringsansvar, resursansvar och vårdinnehållsansvar för landstinget synes relativt väl definierade och möjliga för landstinget att åta sig.

De olika ansvarsformerna kräver dock att landstinget garanteras tillgång till ett planeringsunderlag med hög kvalitet och tillräcklig detaljeringsgrad.

Det bör även betonas att landstinget inte alltid i planeringssammanhang kan ses som ett isolerat huvudmannaområdet. Utredningen har inte berört de särskilda samverkansformer mellan olika huvudmannaområden, som är absolut nödvändiga för att bevaka och planera de speciella problem som uppstår när stora grupper av vårdsökande "strömmar" mellan olika huvudmannaområdens gränser.

*Värmlands läns landsting:* Utredningen föreslår att landstingen får ett övergripande ansvar för att alla som är bosatta inom landstingsområdet erbjuds god tandvård på lika villkor. Landstingen får också en skyldighet att samverka med andra samhällsorgan och privata vårdgivare. Förvaltningsutskottet delar utredningens mening att det föreligger stort behov av samverkan mellan folktandvård och privatpraktiserande tandläkare. Landstingets ansvar för vuxentandvården föreslås innebära ett övergripande vårdansvar, ett planeringsansvar, ett resursansvar och ett vårdinnehållsansvar. Det förefaller riktigt att landstinget tar på sig dessa skyldigheter. Det ökar möjligheterna till ett riktigt resursutnyttjande.

Med utredningen är oklar i sina analyser av vilka skyldigheter som skall åvila de privata vårdgivarna. Här krävs enligt förvaltningsutskottets mening ett förtydligande för att avsedda effekter skall kunna uppnås. Den part som ges ansvaret måste också få de medel som krävs för att kunna följa utveckling samt att utvärdera och förändra verksamheten i önskad riktning.

Erfarenheterna från den offentliga tandvården visar vilka möjligheter som finns att genom systematiska insatser nå goda tandhälsoreultat. En omfördelning av resurser från traditionell reparativ vård till förebyggande vård inom barn- och ungdomstandvården är exempel på detta. Det är viktigt att den efterhand frigjorda tandläkartid som en ökad tandhälsa medför används för sådan tandvård som prioriteras. Risk finns annars för att vårdambitionen höjs på ett sätt som lägger hinder i vägen för en mera rättvis fördelning av tandvården inom befolkningen. Här är det också angeläget att utvecklingen påverkas.

*Örebro läns landsting:* Enligt förvaltningsutskottets uppfattning förefaller det som om allt ansvar och alla skyldigheter åläggs landstinget. Övriga vårdgivare tycks ej behöva binda sig till något av de angivna skyldigheterna. Utredningen förutsätter att samverkan skall kunna ske helt på frivillighetens väg. Förvaltningsutskottet finner sig för sin del i de angivna skyldigheterna och ansvaren.

En samverkan med slagkraftigt innehåll med andra vårdgivare utan ansvar eller skyldigheter, får dock anses vara mycket svårgenomförbar. Med hänsyn till att en stor andel av vuxentandvården meddelas av privata vårdgivare bör direkta styr- och/eller sanktionsmedel ges.

Förvaltningsutskottet har erfarit att utredningen underhand diskuterat olika modeller som skulle ge landstingen ett mer avgörande inflytande på planeringen och styrning av den totala tandvården. En sådan modell innebar att administrationen av tandvårdsförsäkringen helt lades på landstingen. Genom den möjligheten till ekonomisk styrning som härvid skulle erbjudas landstingen skulle totalansvaret för tandvården kunna ges ett mer reellt innehåll.

En annan modell innebar att tandvårdsplanerna skulle vara styrande för såväl folktandvårdens utbyggnad som etableringen av privata tandläkare inom ett landstingsområde. Någon av dessa modeller bör kunna vidareutvecklas. Förvaltningsutskottet beklagar för sin del att utredningen ej valt att redovisa ett sådant mer innehållsrikt styrmedel i sitt betänkande. Självfallet kan man nå långt i förverkligandet av idéer om en bättre och rättvisare tandvård genom en frivillig samverkan. Utan väl definierat ansvar för alla parter och vettiga styrmedel kommer ett sådant förverkligande att ta lång tid. Den regionala obalansen kommer att kvarstå länge. Förändringen av innehåll med satsning på den förebyggande tandvården kommer ej heller att ges tillräcklig genomslagskraft.

*Kopparbergs läns landsting:* Beträffande ansvaret för vuxentandvården tillstyrker utskottet utredningsmajoritetens förslag, att vårdansvar och planeringsansvar ålägga landstingen i den omfattning och med den uttydning av begreppen som utredningen anger. Däremot ställer utskottet sig tveksamt till att landstingen skall åläggas ett "vårdinnehållsansvar", som också skulle innefatta den enskilda tandvårdssektorn. Självfallet bör landstingen åta sig att verka för förändringar inom tandvården, som också vad beträffar kvalitet

och vårdinnehåll skall svara mot uppställda mål. Utskottet menar dock att kravet på de enskilda vårdgivarna att underordna sig ett landsting går för långt. Landstingen bör i stället i konkurrens med de enskilda vårdgivarna ägna sig åt att utveckla sin egen organisation i detta avseende. Om man lyckas, kommer metoderna utan särskild styrning bli normgivande. Självfallet skall dock landstingens specialistresurser ställas till förfogande, när dessa resurser efterfrågas.

*Gävleborgs läns landsting:* Beträffande landstingens ansvarsförhållande för tandvården stöder landstinget helt utredningens förslag. Landstingen skall även fortsättningsvis ha ett lagfäst ansvar för barn och ungdomstandvården och ansvaret för vuxentandvården bör för landstingens del innebära både vårdansvar, planeringsansvar, resursansvar samt vårdinnehållsansvaret. Ansvaret skall ligga på landstinget men landstingen skall uppfylla sitt ansvar i samverkan med privatpraktiserande tandläkare och andra berörda parter.

#### *Västernorrlands läns landsting:* V å r d a n s v a r

Vi tillstyrker att landstingen får ett ansvar för att de som behöver och söker tandvård får sådan.

#### Planeringsansvar

Landstinget anser i likhet med utredningen att tandvårdsplanen bör omfatta all tandvård inom landstingskommunen, dvs. både folktandvård och privattandvård.

Vi anser däremot inte att, som föreslås i utredningen, socialstyrelsen med utgångspunkt från de totala tandvårdsresurserna i landet skall ange en lägsta och en högsta tandläkartäthet mätt i tandläkartimmar per försäkrad som underlag för landstingens planering. Landstinget måste självt få avgöra tandläkarbehovet i kraft av planeringsansvaret.

Erfarenheter från vår egen planering visar tydligt att ett landsting med låg tillgång på tandläkartimmar kan uppnå god effektivitet på tandvården om annan form av underlag används, t.ex. kartläggning av tandsjukdomars utbredning, vårdprogram etc.

Med denna typ av planeringsunderlag kan landstinget tillsammans med de privata vårdgivarna bygga upp en tandvårdsorganisation och bedriva en tandvårdsverksamhet som blir både effektiv, dvs. inriktad på att uppnå tandhälsomål, och resurssnål.

Vi vill på nytt betona vikten av att socialstyrelsens främsta uppgift i planeringsarbetet bör vara att ange övergripande programramar och epidemiologiska system som både folktandvården och privattandvården bör tillämpa.

## Resursansvar

Vi tillstyrker utredningens förslag om att landstingen skall ha ett ansvar för att resurser finns för att fullgöra vårdansvaret.

Vi vill här framhålla vikten av att tandvårdsplanen inte formulerar resursmål på lång sikt, t.ex. i form av ett antal tandläkartjänster etc. inom exempelvis en 10-15 års period. Det finns stor risk att sådana mål kommer att leda till en växande tandvårdsorganisation och inte till en effektiv organisation. Det är viktigt att tandvårdsplanen anger tandhälsomål och anvisar typ av uppföljningsinstrument så att förändringar i resurshänseende mycket snabbt kan vidtagas, dvs. resurser överförs till angelägnare verksamhet eller eventuellt dras in.

Resursansvaret kräver enligt vår åsikt också en möjlighet för landstinget att avgöra besluten i resursfrågan, dvs. beträffande hur många tandläkare som erfordras inom både folktandvården och privatsektorn. Dessa frågor behandlas under avsnittet folktandvårdens utbyggnad, 7.2.1.

## Vårdinnehållsansvar

Landstinget anser att denna punkt är den viktigaste i hela utredningen. Genom en likartad utformning av vården med gemensamma behandlingsprogram, epidemiologisk basinformation, kallelserutiner, revisionsintervaller, behandlingsstatistik etc. för folktandvården och privattandvården skapas förutsättningar för en målinriktad, resurssnål och effektiv tandvård.

I bilaga 6 pekar också utredningen just på vikten av att tandvårdsverksamheten bedrivs så att hela befolkningen skall erhålla en god tandhälsa. Verksamheten skall målinriktas och resurser frigöras genom tandhälsövårdsinsatser.

Härigenom kan tid överföras till högprioriterad tandvård t.ex. bland vuxna i stället för att användas till oprioriterade kvalitetshöjningar.

I bilagan ges exempel på sådana prioriterade områden, t.ex. ungdomar som lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården. Just västernorrlands-modellen för organiserad tandvård för 20-29-åringar tas som exempel på att nya satsningar kan göras även inom områden med begränsade tandläkarresurser.

I bilagan redogörs också ingående för vikten av att utforma behandlingsprogram inte bara för barntandvården utan också för vuxentandvården. Programmen bör följas av både folktandvårdens och privattandvårdens personal. Effektmätningar bör komma till stånd.

Av största betydelse är att tandvårdsverksamheten genom sin profylaxinriktning skall leda till kortare medelbehandlingstider och till revisionsintervaller som anpassas till tandhälsoutvecklingen. I bilaga 6 redogörs för en modell för utvecklingsarbete som syftar till en populationsinriktad utbyggnad av vuxentandvården i landet i samarbete mellan folk- och privattandvård.

Landstinget anser att framtidens tandvård bör byggas upp enligt tankegångarna i utredningens bilaga 6. Vi anser att bilagan egentligen utgör den centrala delen av utredningen. Enligt vår mening anvisar den de vägar som svensk tandvård snarast bör slå in på. Härigenom kan resurser som redan finns inom tandvården tas tillvara och utnyttjas rationellare. Vi har i vårt landsting prövat delar av den planeringsmetodik som beskrivs med som vi anser goda resultat.

Vi tillstyrker att landstinget åläggs ett vårdinnehållsansvar för vuxentandvården.

*Jämtlands läns landsting:* Landstinget bör ha ett övergripande ansvar för att alla inom landstingsområdet erbjuds god tandvård på lika villkor. Därför bör även ansvaret för upprättande av tandvårdsplaner ligga där ansvaret för dess fastställande ligger, nämligen hos landstingen och dess politiker.

*Västerbottens läns landsting:* Den förebyggande tandvården för barn och ungdomar har på ett dramatiskt sätt reducerat det reparatoriska tandvårdsbehovet. Genom olika effektmätningar kommer de tillämpade metoderna att ytterligare förfinas och ekonomiskt utvärderas.

För att kunna genomföra motsvarande förebyggande åtgärder för vuxna bör någon form av organiserad vuxentandvård införas. I samarbete med de privatpraktiserande tandläkarna kommer försöksverksamhet att starta 1983.

*Norrbottens läns landsting:* Landstinget delar utredningens grundsyn om att det är angeläget att möjligheterna skapas för en rättvis fördelning av tillgängliga tandvårdsresurser mellan olika regioner och befolkningsgrupper. De förslag som framförs i utredningen synes vara väl ägnade att tjäna detta syfte och tillstyrks därför oreserverat av landstinget. Det betyder att landstinget ställer sig bakom tankegångarna om att:

"Landstinget i samråd med privata vårdgivare får ansvar för att alla inom landstingsområdet erbjuds god tandvård samt att landstinget åläggs vårdansvar för patienter som är intagna på landstingens inrättningar och för handikappade som inte kan få tandvård på vanligt sätt."

*Göteborgs kommun:* Utredningens förslag beträffande vårdansvar, planeringsansvar, resursansvar och vårdinnehållsansvar för landstinget synes relativt väl definierade och möjliga för kommunen att åta sig.

De olika ansvarsformerna kräver dock att kommunen garanteras tillgång till ett planeringsunderlag med hög kvalitet och tillräcklig detaljeringsgrad.

Det bör även betonas att kommunen inte alltid i planeringssammanhang kan ses som ett isolerat huvudmannaområde. Utredningen har inte berört de särskilda samverkansformer mellan olika huvudmannaområden, som är absolut nödvändiga för att bevaka och planera de speciella problem som uppstår när stora grupper av vårdsökande "strömmar" mellan olika huvudmannaområden.

*Malmö kommun:* Beträffande förslaget om huvudmännens planeringsan-

svar för all tandvård föreskrivs skyldighet för huvudmännen att samverka med bland andra privata vårdgivare utan motsvarande skyldighet för dessa att samverka. En sådan skyldighet att samverka bör föreskrivas med angivande av att huvudansvaret är kommunalt. Skall en tandvårdsplan utgöra grund för utkrävande av ett politiskt ansvar för dess genomförande – om vilket ansvar enighet synes råda – måste huvudmannen ha det yttersta ansvaret för att ta fram planen. Tandvårdsplanen bör alltså utarbetas av huvudmannen som måste få det avgörande inflytandet över planens innehåll.

Ur samhällets synpunkt är samverkan mellan de offentliga och privata vårdgivarna om tandvårdens inriktning och bedrivande nödvändig, vilket enligt utredningen bland annat skall manifesteras i behandlingsprogram. Programmen skall vara inriktade på befolkningens behov inte individens. Det är då enligt styrelsens mening naturligt att huvudmannen på grund av sitt övergripande ansvar för tandvårdsplaneringen tar initiativ till och inbjuder till samverkande parter – främst lokala sammanslutningar för tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniker samt försäkringskassan – som kan antas ha intresse för samverkan i vården.

*Gotlands kommun:* Kommunstyrelsen kan i och för sig och med samma motiv som utredningen instämma i behovet av samordnad planering och gemensam syn på resursutnyttjande och verksamhetsinriktning. Styrelsen är också angelägen att slå vakt om inledd samverkan mellan folktandvård och privattandvård i såväl kort- som långsiktiga frågor.

Livslängden hos nu gällande centrala styrinstrument kan, av utredningen att döma, förväntas bli begränsad. Hur den direkta centrala styrningen därefter skall ske diskuteras inte närmare av utredningen. Planarbetet baseras på frivillighet och är inte kopplat till något sanktionssystem. Viss tveksamhet måste därför på nuvarande stadium hysas till förhoppningarna om tandvårdsplanen som något mer precist instrument för såväl central som regional styrning. På kort sikt förefaller det också tveksamt om det tämligen komplicerade frivilliga avtalssystemet skall kunna resultera i planer av här önskvärd hållfasthet.

Till fullgörande av ansvaret för den totala planeringen, innehållet i och inriktningen av tandvården lämnas huvudmännen utan andra verktyg än frivillighet. De styrmedel som skall finnas under en övergångstid disponeras av statliga myndigheter. Av såväl praktiska som principiella skäl anser kommunstyrelsen att planeringsansvaret därför bör avfattas på samma sätt för tandvården som för hälso- och sjukvården. I lagen bör inte skrivas in, att planeringen skall avse av annan vårdgivare meddelad tandvård. Skyldigheten att ta hänsyn till sådan får anses ligga i skyldigheten att i planeringen samverka med andra intressenter, vilket däremot, liksom i HSL, bör lagfästas.

*Försäkringskassaförbundet:* Försäkringskassaförbundet tillstyrker utredningens förslag vad gäller såväl socialstyrelsens centrala roll som sjukvårds-

huvudmännens övergripande ansvar inom respektive huvudmannaområde.

*LO:* LO delar helt utredningens uppfattning att landstingen bör ha ett förstärkt ansvar för tandvården, liksom för hälso- och sjukvården. Detta ger en större garanti för lika vård på lika villkor. Dessutom förbättras möjligheterna att styra verksamheten mot förebyggande vård.

*TCO:* TCO tillstyrker utredningens övergripande förslag om landstingens ansvar vilket framgår av vad som inledningsvis anförts. Detta betyder bl.a. att landstingens tandvårdsplaner bör omfatta all tandvård inom landstingskommunerna.

Däremot biträder TCO inte utredningens ställningstagande att det skulle räcka att i planen redovisa tandläkarsituationen. Självfallet bör samtliga personalgrupper omfattas av planen.

TCO vill understryka att landstingens arbete med tandvårdsplanerna måste ske i direkt samarbete med *samtliga* fackliga organisationer och inte enbart med tandläkarförbundets representanter. Planerna påverkar ju arbetssituationen för all tandvårdspersonal.

Tandvårdsplanerna bör enligt TCOs mening direkt ange vårdmål. Förutom detta är det av central betydelse för att upprätthålla vårdens kvalitet och för att möjliggöra en utveckling av verksamheten att utbildningsbehov och övriga utvecklingsbehov för samtliga personalkategorier redovisas, liksom behovet av nyrekrytering. Behoven bör redovisas både kort- och långsiktigt.

*SACO/SR:* Beträffande vuxentandvården finner SACO/SR att TU 78 fäst alltför stor vikt vid landstingens politiska ansvarsbild. I detta sammanhang har staten ett minst lika stort ansvar som försäkringsgivare och garant för tandvårdsförsäkringens ekonomiska innehåll. Det politiska ansvaret kan ock skall utkrävas av såväl riks- och landstingspolitiker. Hälso- och sjukvårdslagens beskrivning av landstingens ansvar bör vara vägledande.

*Sveriges tandläkarförbund:* När det gäller vuxentandvården delar tandläkarförbundet inte i allt TU 78:s uppfattning. Utredningen synes alltför mycket fästa avseende vid landstingens politiska ansvarsbild. Det är i och för sig korrekt att landstingen har ett ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla sina invånare. Men minst lika viktigt är det statens ansvar som följer med statens roll som försäkringsgivare och därmed också som garant för tandvårdsförsäkringens ekonomiska innehåll.

Det är tandläkarförbundets uppfattning att de ansvarsfrågor inom tandvården, som måste vara juridiskt reglerade, redan är klart formulerade i gällande rätt samt att önskat politiskt ansvar kan och skall utkrävas av såväl de rikspolitiskt som de landstingspolitiska ansvariga.

Tandläkarförbundet finner således HSL:s beskrivning av landstingens ansvar mera korrekt. Denna bör därför bli normgivande även för tandvårdens område.

*Sveriges tandteknikers riksförbund:* Utredningen tar i detta betänkande

upp den framtida tandvårdsorganisationen. Förslagen grundas långtgående på idén om en populationsinriktad tandvård med en kraftig satsning på tandhälsövård. Detta är en utveckling som helt logiskt bygger på den framgångsrika organiserade vården av barn och ungdomar.

Vi ställer oss givetvis bakom dessa förslag, som på sikt kan ge befolkningen även i de högre åldersgrupperna en bättre tandhälsa. Klara ansvarsförhållanden när det gäller planering av resurser och vårdinnehåll är enligt vår uppfattning en förutsättning för att en mera populationsinriktad tandvård skall kunna genomföras. Utredningens förslag till organisation med samverkan mellan offentlig och privat sektor tror vi kommer att gynna samhället i sin helhet bl.a. genom en bättre resursplanering och därmed förhoppningsvis även bättre resursutnyttjande inom hela tandvårdssektorn.

#### *Barn- och ungdomstandvården* (referat)

*Socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, RRV, Landstingsförbundet, Stockholms läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Försäkringskasseförbundet, LO och TCO* har instämt i TU 78:s förslag.

*RRV:* Ett system med "familjetandläkare" bör endast accepteras så länge som folktandvårdens egna resurser inte är utbyggda och då endast i undantagsfall. Folktandvården anvisar vilka tandläkare som kan komma i fråga.

*Stockholms läns landsting (tandvårdsförvaltningen):* Landstingen bör själva få avgöra hur vårdåläggandet skall uppfyllas – med enbart egna resurser eller med både egna och externa resurser.

*Jönköpings läns landsting:* Bör genom samverkansavtal delvis kunna ombesörjas av privattandvården.

*Blekinge läns landsting:* Folktandvården har visat sig effektiv vid organiserandet av denna vård varför någon som helst anledning till förändring inte finns. Inte heller finns någon anledning att ansluta barnen och ungdomarna till försäkringen.

*Sveriges tandläkarförbund:* Detta ansvar skall dock ej hindra att det kliniska omhändertagandet efter särskilda överenskommelse sker hos privattandläkare.

*Specialisttandvården*  
(referat)

*Socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, RRV, Spri, Landstingsförbundet, Stockholms läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Blekinge läns landsting, Malmöhus läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Gotlands kommun, TCO* har tillstyrkt TU 78:s förslag.

*Socialstyrelsen:* Tillgången till nyutbildade specialister är begränsad. Genom att landstingen haft ansvaret har den begränsade men successivt ökade tillgången på specialister kunnat spridas över landet. Inom folktandvården är specialisterna som regel verksamma på heltid med de privat verksamma specialisterna i stor utsträckning har begränsad arbetstid. Specialisterna har en viktig roll inom efterutbildningen.

*RRV:* Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv väsentligt att begränsa utbyggnaden av specialisttandvården. RRV tillstyrker utredningens förslag till organiserad samverkan mellan huvudmännen.

*Spri:* Utredningen har dock i allt för ringa omfattning belyst specialisttandvården. Från vårdsynpunkt hade det varit önskvärt att få utbytbarenheten mellan allmäntandvård och specialisttandvård belyst. Den förbättrade tandhälsan, dokumenterad i olika epidemiologiska undersökningar, visar att t.ex. pedodonti (barntandvård) ofta kan klaras av distriktstandvården.

*Landstingsförbundet:* Mot bakgrund av den roll som specialisterna skall spela – mer komplicerade arbeten, utbildning, ansvar för specialisttandvårdens inriktning – samt fördelningen av specialisterna över landet olämpligt att bygga upp parallell privat specialistkår. Möjlighet finns till kollegialt erfarenhetsutbyte med såväl den offentliga som privata tandläkarsektorn.

*Stockholms läns landsting:* Anser inte att behoven av tandregleringsvård är relativt väl tillgodosedda. Bästa förutsättningarna att utnyttja specialisternas kunskaper på bästa sätt. Kunskaperna behöver spridas till allmäntandvården genom konsultationsinsatser. Talar för en koncentration till landstingen. Ersättningsetablering bör inte tillåtas. Under överskådlig tid kommer det att krävas särskilda åtgärder för att tillgodose behovet av specialisttandvård.

Det blir en avsevärd minskning av specialistresurserna i Stockholmsregionen i samband med nedläggningen av tandläkarhögskolans enhet vid Holländargatan. Statsmakterna måste på något sätt beakta detta.

*Östergötlands läns landsting:* Den positiva utveckling som skett av de olika odontologiska specialiteterna tas också fortsättningsvis bäst tillvara inom folktandvårdens ram. Inom de fem specialister som huvudsakligen behandlar vuxna patienter kommer i dag merparten med remisser från privattandläkare. Samverkan mellan folktandvårdens specialister och privattandläkarna fungerar f.n. på bästa sätt.

*Jönköpings läns landsting:* Bör genom samverkansavtal delvis kunna ombesörjas av privattandvården.

*Kronobergs läns landsting:* Genom att landstingen har haft ansvaret för specialisttandvården har en jämn spridning kunnat ske över landet av heltidsarbetande specialister även när en bristsituation förelegat. Bör inte utesluta möjligheten till vare sig ersättnings- eller nyetablering inom specialiteter som riktar sig till vuxna. Storstadsregionerna bör även här utgöra ett undantag.

*Blekinge läns landsting:* De vuxnas behov av specialistvård är ännu ej fullt tillgodosedd. Bästa förutsättningen för att detta ska ske så snabbt som möjligt för att ge vård åt alla på lika villkor och inom rimlig ekonomisk ram är att den organiseras av landstingen.

*Kristianstads läns landsting:* Specialisttandläkare bör ha samma möjlighet som allmänpraktiserande tandläkare att etablera sig fritt.

*Malmöhus läns landsting:* Möjligt att kontrollera dimensioneringen. Målet att merparten av tandvården skall utföras av allmäntandläkare kan uppnås. Möjligheterna för landstingen att i samverkan med angränsande landsting lösa frågor kring specialisttandvårdens fortsatta utbyggnad underlättas.

*Hallands läns landsting:* Bör finnas möjlighet även i fortsättningen att bedriva specialisttandvård utanför folktandvårdens regi, dock i samverkan rörande samordning och planering av den regionala specialistvården. Detta kan i framtiden stimulera fler tandläkare att vidareutbilda sig utan att vara beroende av landstingens utbyggnadstakt vad avser specialistsittandvård.

*Värmlands läns landsting:* De samhällsekonomiska resurserna torde inte medge en utbyggnad av specialistvården i någon större omfattning. Erfarenheten visar att det är en förhållandevis kostnadskrävande vårdform. Det finns dock ett fåtal patientfall som är så komplicerade att de bör handläggas av specialist. Landstingen har här möjlighet att göra nödvändiga prioriteringar.

En viktig uppgift för specialisterna är att bedriva konsultativa insatser. Det gör det möjligt för allmäntandläkaren att utföra även mera komplicerade arbeten. Specialisternas insatser blir sålunda delvis av fortbildande och handledande karaktär. Om specialisterna är knutna till folktandvården kan de på ett avgörande sätt medverka i att effektiva vårdprogram blir realiserade.

En fri etablering av specialister leder sannolikt till att ett fåtal individer som efterfrågar det får en mycket avancerad vård. Det finns dessutom risk för att denna vård blir tillgänglig huvudsakligen i storstadsområdena. Det skulle ytterligare förstärka den snedfördelning av vårdresurserna som finns i dag.

*Örebro läns landsting:* Kostnaderna är stora. Specialisttandvården bör endast erbjudas patienter med särskilt svårbehandlade och komplicerade åkommor. Allmäntandvården bör kunna erbjuda ett brett vårdutbud. Bästa garantin för en riktig prioritering och en jämn regional fördelning.

*Kopparbergs läns landsting:* Möjlighet till etablering inom försäkringen till specialisttaxa bör dock finnas efter samma prövning som föreslagits för allmäntandläkare. Riskerna för överetablering små. Bör på sikt kunna styras genom dimensioneringen av specialistutbildningen. Specialistvården inte större än att dess tjänster för just specialistvård och aktiviteter som hör till detta som konsultationer och utbildning efterfrågas till fullo.

*Gävleborgs läns landsting:* Någorlunda jämn fördelning av specialister. Risken är annars stor att allt för många specialister föredrar att bli kvar på högskoleorterna och att de mer perifera landstingen får svårigheter att rekrytera. Privatpraktiserande specialister endast till 50% av sin arbetstid verksamma inom specialiteten.

*Västernorrlands läns landsting:* Antingen inom en egen organisation, annat landsting eller odontologisk fakultet. Landstinget skall självt få avgöra vilka specialiteter som skall inrättas och också vilken dimensionering specialisttandvården i länet skall ha.

*Gotlands kommun:* För en liten huvudman betydelsefullt att resurserna för och tillgången på denna vård garanteras på ett enhetligt sätt.

*TCO:* Bl.a. ur resurshushållningssynpunkt.

*Sveriges tandläkarförbund:* Specialisttandvården för vuxna skall läggas under samma gemensamma ansvar som allmäntandvården för vuxna. Inget bärande skäl för att undanta specialisttandvården för vuxna från privat etablering. Såväl ersättnings- som nyetablering.

### *Folktandvårdens utbyggnad*

(Synpunkterna återges i sin helhet)

*Socialstyrelsen:* De invändningar som reservanterna riktar mot utbyggnaden av folktandvården till minst 35% i samtliga landsting som ett medel att förbättra den regionala balansen har enligt styrelsens mening fått en viss ökad tyngd genom den numera förbättrade balansen mellan tillgång och efterfrågan på tandläkare. Socialstyrelsen är emellertid samtidigt medveten om att efterfrågan kan stimuleras genom ekonomiska insatser. Enligt styrelsens mening finns det anledning att på nytt överväga motiven för den föreslagna lagfästa skyldigheten för varje enskilt landsting att bygga ut vuxentandvården till minst 35%. Särskilt stor blir utbyggnaden – om förslaget genomföres – i Stockholm, Göteborg och Malmö. Enligt styrelsens mening behöver sålunda motiven, i nuvarande statsfinansiella läge, på nytt värderas mot bl.a. de betydande kostnadsökningar som en sådan utbyggnad skulle medföra för Stockholms läns landsting och Göteborgs och Malmös kommuner. Utbyggnadsförslaget innebär vidare att i dessa privattandläkartäta områden tandläkarresurserna skall omfördelas från privattandvård till folktandvård så att år 1992 en utbyggnad skett till 35% utan att tandläkartätheten ökat. Medlen för en sådan betydande omfördelning har kommittén inte klart redovisat. Styrelsen vill för sin del hävda att en sådan kraftig

omfördelning inte är möjlig att genomföra under perioden fram till 1992. Under alla förhållanden förutsätter styrelsen dock att en utbyggnad av vuxentandvården inom folktandvården kommer till stånd, som svarar mot cirka 35% av vuxentandvården räknat på riksnivå.

Vid denna utbyggnad måste landstingen självfallet beakta behovet av utbyggnad i egna bristområden och med hänsyn till föreslagna vård- och resursansvar planera för en bättre inomregional fördelning av tandläkarresurserna. Det bör ankomma på huvudmannen att vid upprättande av tandvårdsplaner i dessa visa hur vårdansvaret skall uppfyllas.

*Riksförsäkringsverket:* Den nya lagen ger relativt stort utrymme för landstingskommunerna att utforma sina egna vårdinsatser efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Redan i dag finns betydande skillnader mellan landstingen vad gäller uppbyggnaden av tandvårdens organisation. Mot bakgrund av detta ställer sig verket tveksamt till utredningens förslag om reglering av andelen folktandvård i varje landsting. Verket föreslår i avsnitt 1.3 nedan ett alternativt sätt att reglera hithörande frågor.

Förslaget kommer bland annat att medföra en mycket kraftig utbyggnad av folktandvårdens vuxentandvård i de s.k. storstadsregionerna. Riksförsäkringsverket ställer sig tveksamt till om den föreslagna utbyggnaden kan genomföras ens till år 1992 om den skall ske i takt med att privatpraktiserande tandläkare lägger ned sin verksamhet. En överslagsberäkning med hjälp av uppgifter från verkets tandläkarregister visar, att antalet tandläkare som upphör med sin verksamhet inte är av den storleksordningen att det kan räcka för att genomföra en utbyggnad till 35% på förslaget sätt. Utredningens förslag om utbyggnaden av folktandvårdens vuxentandvård har heller inte blivit föremål för någon reell kostnadskalkyl, varken i utredningens huvudbetänkande eller slutbetänkande.

Utredningen har dessutom inte klart angivit hur andelen folktandvård skall beräknas, utan föreslår att närmare bestämmelser bör utformas av socialstyrelsen efter samråd med landstingsförbundet. Det antyds att beräkningen skall ske i förhållande till antalet tillgängliga tandläkartimmar för vuxentandvård. Riksförsäkringsverket, som haft till uppgift att insamla olika statistiska uppgifter om tandvårdsresursernas fördelning sedan tandvårdsreformen år 1974, har många gånger kunnat konstatera hur svåra tolkningsproblemen är när det gäller dessa statistikuppgifter. En i lag angiven procentandel vuxentandvård inom folktandvården är således inte något mått som entydigt går att läsa ut av tillgänglig statistikinformation.

*Statskontoret:* Av i betänkandet lämnade uppgifter om tandläkartäthet och folktandvårdens procentuella andel av vuxentandvården för de olika landstingsområdena framgår att det är snarare regel än undantag att landsting med låg andel folktandvård av vuxentandvården har en förhållandevis hög tandläkartäthet totalt. Att primärt sträva efter att för folktandvården uppnå 35% av vuxentandvården medför således inte att utbyggnaden av folktandvården koncentreras till de tandläkarglesaste landstingen.

Som framgår bl.a. av kalkylen som gjorts av utredningen i SOU 1982:50 medför en utbyggnad av folktandvården enligt utredningens förslag vissa ökade nettokostnader för landstingen beträffande driften av folktandvården.

*RRV:* Övervägande skäl talar mot att föreskriva att landstingen skall hålla 35% av resurserna för vuxentandvården. Eftersom landstingen ges ett planeringsansvar bör det ankomma på den enskilde huvudmannen att planera och anpassa vården efter de lokala förhållanden som är för handen. Vidare kommer som tidigare antytts 35%-målet i direkt konflikt med målet om en jämnare regional fördelning av resurserna samt innebär för storstäderna krav på en onödig expansion av tandvårdsresurserna. Enligt RRVs mening vet man också relativt litet om tandvårdsbehoven och efterfrågan på sikt. Detta borde vara en faktor som talar för att man inte på ett tidigt stadium binder sig för lokaler, personal etc., som kanske på längre sikt ev. inte kan utnyttjas fullt ut.

*Spri:* Spri anser att frågan om folktandvårdens utbyggnad ej bör låsas till en viss procentuell andel av vuxentandvården. För närvarande pågår en tydlig tandhälsoförbättring bland barn och ungdomar och troligen också bland yngre vuxna. Resurser frigörs kontinuerligt i barn- och ungdomstandvården och kan riktas mot prioriterade behovsgrupper, t.ex. de äldre. Folktandvårdens andel av vuxentandvården kommer därigenom att kunna öka. Det finns skäl att avvakta fortsatta effekter av framgångsrik tandhälsovård. I rådande ekonomiska läge för landstingen måste den föreslagna utbyggnaden av folktandvården vägas mot andra angelägna områden inom den samlade hälso- och sjukvården.

*Landstingsförbundet:* Den utbyggnad av folktandvården som utredningen föreslagit syftar till att uppnå det av hälso- och sjukvårdslagen uppställda målet – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta mål kan när det gäller tandvården endast uppnås genom att de tillkommande tandvårdsresurserna styrs till de områden som idag har brist på tandvård och att tandhälsovård för vuxna byggs ut över hela landet. Utbyggnaden kan i princip ske genom folktandvården eller privatpraktiserande tandläkare. Folktandvårdens expansion har i först hand skett på orter och regioner som hittills har varit underförsörjda med tandvård och som i många fall fortfarande är det. Expansionen kan dock inte fortsättningsvis begränsas till för privattandvården mindre attraktiva områden om landstingen skall kunna uppfylla de olika former för ansvar som utredningen vill lägga på dem. Det är också angeläget att ge patienterna en reell valfrihet mellan folktandvård och privattandvård på de orter där denna valfrihet hittills ej funnits. Landstingsförbundet tillstyrker därför utredningens förslag.

*Stockholms läns landsting:* Utredningens förslag om att ålägga landstingen att svara för minst 35 % av vuxentandvården skulle avsevärt försvåra för Stockholms läns landsting att förverkliga andra angelägna mål. Detta beror på att mycket resurser skulle behöva satsas för att "ta över" vård från den

privata sektorn till folktandvården.

Som tandvårdsnämnden framhållit tar detta resurser som borde satsas på specialisttandvård, institutionstandvård och förebyggande verksamhet, vårdområden som också utredningen anser angelägna. Vid en prioritering bör dessa sistnämnda områden sättas i första rummet, särskilt om tandvården inte kan få ytterligare resurser i nuvarande ekonomiska läge.

En motsägelse finns också i utredningens förslag att ge landstingen ett omfattande planerings- och vårdansvar, samtidigt som utredningen föreslår en detaljerad reglering i form av åläggandet att svara för minst 35% av vuxentandvården. Enligt min mening har de enskilda landstingen de bästa förutsättningarna för att planera och utforma tandvården. Dessa förutsättningar skulle beskäras kraftigt för vårt landsting om vi ska åläggas att svara för en så stor andel av vuxentandvården. Samarbetet med den privata tandvården underlättas heller inte om vårt landsting skulle bli tvunget att "ta över" stora delar av den privata sektorn.

*Södermanlands läns landsting:* Utskottet ställer sig bakom utredningens förslag om en lagfäst andel av vuxentandvården.

*Östergötlands läns landsting:* För Östergötlands del överensstämmer utredningens målsättning med de mål för vuxentandvården med 35% som landstinget fastställt i såväl tandvårdsplan som totalplan. Intentionerna i den nya hälso- och sjukvårdslagen, till vilken tandvården bör anslutas, är att undvika detaljregleringar och i stället låta de enskilda sjukvårdshuvudmännen besluta hur vården skall organiseras. Det bör då också ankomma på landstingen att avgöra i vilken takt en utbyggnad av vuxentandvården kan ske med hänsyn till andra angelägna vårdbehov och till rådande ekonomiska förutsättningar.

Landstinget vill således förorda att utredningens förslag får tjäna som riktmärke för folktandvårdens fortsatta utbyggnad av vuxentandvården men att detta icke regleras i lag vare sig till volym eller tid.

*Jönköpings läns landsting:* Vuxentandvård drivs idag i landstingen "i lämplig omfattning". Folktandvården i Jönköpings län är utbyggd i sådan omfattning att landstinget nu når 35% förutsatt att alla tandläkartjänster är besatta. Utredningens mål innebär alltså inga extra insatser från landstinget sida. HSN anser dock inte att landstingen i lag skall åläggas att svara för en viss nivå av vuxentandvården. Fördelningen mellan de olika vårdgivarna bör fastställas i tandvårdsplanen efter lokala förutsättningar.

*Kronobergs läns landsting:* Tillämpat på situationen i G-län kan efter studium av distriktstandvårdens årsrapport för kalenderåret 1982 och uppgifter från försäkringskassan om privatandvården konstateras, att vid en insats om 49,3% på vuxenpatienter av distriktstandvårdens totala arbetstid kommer man upp till en andel av länets samlade vuxentandvård (distrikts-tandvård + privatandvård) om 33,3%. Med 50,7% tidsinsats har barn- och ungdomstandvården (0-19 år), inkluderande militärtandvården då klarats av. Genom detta har det i 1973 års riksdagsbeslut angivna vårdmålet

uppnått. En fördelning om 50% av vårdtiden på vardera barn och vuxna skulle med ganska stor säkerhet ge 35% av totala vuxen-vårdstiden redan vid detta årets (1983) slut. Redan nu har folktandvården i detta län med vårdtiden för barn- och ungdomstandvård sammantagna drygt 50% av länets totala tandvård.

Reservanternas sätt att räkna förefaller här förnuftigare, där folktandvårdens andel av den totalt meddelade vuxentandvården i landet blir ett genomsnittstal för landet i dess *helhet*. Utgångspunkten i det första fallet, det egna huvudmannaområdet är för litet. Risker kan här bli inte blott kvantitativa utan också kvalitativa skillnader. Man kan komma att tala om en Kronobergsstandard, en Västmanland-standard etc., etc.

De stora anpassnings- och inpassningssvårigheterna kommer givetvis att drabba Stockholm, Göteborg och Malmö. Skall dessa huvudmannaområden kunna klara sin barntandvård med i princip s.k. blandade tjänster krävs en lång uppbyggnadstid.

*Kalmar läns landsting:* Landstinget kan dock inte tillstyrka utredningens förslag om ett lagfäst åliggande för varje huvudman att svara för minst 35 % av vuxentandvården inom resp. huvudmannaområde eftersom en sådan bestämmelse skulle medföra behov av en stor utbyggnad av folktandvården i redan mycket tandläkartäta områden. Den utbyggnad av folktandvården som skett och fortfarande sker enligt 1973 års riksdagsbeslut är enligt landstingets mening fullt tillräcklig för att tillförsäkra folktandvården tillräckliga resurser för vuxentandvården.

*Blekinge läns landsting:* Samtliga tandläkartjänster i den tandvårdsplan, som upprättades för Blekinge i början av 1970-talet har ej inrättats men trots detta är barn- och ungdomstandvården fullt organiserad sedan 1981. Minskat resurbehov inom barn- och ungdomstandvården de senaste åren har gett utrymme för ökad mängd vuxentandvård. Den positiva utvecklingen beror förutom på den personella utbyggnaden i mycket stor utsträckning på det ovan nämnda ändrade vårdinnehållet. Tandsköterskor och hygienister har här fått en allt större betydelse som resurs. Inom folktandvården har profylaxrutiner utvecklats och införts i såväl barn- och ungdomstandvården som vuxentandvården. Effekterna av denna vårdinnehållsmässiga förändring har framförallt på senare år kunnat konstateras genom sjunkande medelbehandlingstid per patient och behandlingsperiod.

Framförallt i den organiserade barn- och ungdomstandvården har denna positiva utvecklingen tydligt kunnat avläsas men även för de vuxna, som får regelbunden tandvård, är tendensen likartad.

Under 1980-talet finns det således enligt distriktsstyrelsens mening anledning att räkna med mindre behov av reparativ tandvård än tidigare hos barn och ungdomar. Befolkningsutvecklingen förstärker ytterligare denna minskning. Inom åldersgrupperna 20-30 år kommer likaså under perioden fram till 1990 ett relativt sett mycket litet behov av vårdresurser att behövas för "normalpatienten" eftersom grunderna för god tandhälsa lagts inom den

organiserade vården. Övriga vuxna i aktiv ålder bör likaså kräva ett mindre behov av reparativ vård om profylax står till deras förfogande. Mot sådan bakgrund torde medelbehandlingstiden uttryckt i tandläkartimmar per patient komma att väsentligt minska de närmaste åren. De resurser, som för närvarande finns i folktandvården, kan därför förväntas räcka till en ökande del av de vuxnas tandvårdsbehov. I Blekinge är det enligt beräkningar troligt att i slutet av 1980-talet denna del kan motsvara föreslagna 35% av vuxentandvården. Det ökade tandvårdsbehov inom folktandvårdens ram som ansvaret för pensionärer, institutionsbundna och handikappade kan ge upphov till är då ej medräknat.

Styrelsen vill med stöd av det ovan anförda tillstyrka förslaget beträffande folktandvårdens ansvar för 35% av de vuxnas tandvårdsbehov, och har då styrelsen den uppfattningen att detta på sikt ska kunna ske inom befintliga resursramar. Kravet att utbyggnad ska vara fullt klar 1987 bör dock utgå.

*Kristianstads läns landsting:* Landstinget motsätter sig förslaget som inte kan anses rationellt eller vara i överensstämmelse med kravet på ett effektivt utnyttjande av befintliga resurser. Landstinget förordar en aktiv planering av tandvården i samverkan mellan landsting och privata vårdgivare samt ett avvecklande av etableringsbegränsningen av privatpraktiserande tandläkare (utom i Stockholm, Göteborg och Malmö) för att stegvis förbättra fördelningen av resurser inom landstingsområdet.

*Malmöhus läns landsting:* Tandvårdsdirektionen ansluter sig till utredningens förslag men vill samtidigt peka på vad utredningen också framhåller nämligen att utgångsläget varierar starkt mellan olika landsting som därför kan behöva olika lång tid för att uppfylla lagens krav. Vi kan belysa detta förhållande med en del siffror från Malmöhus läns landsting avseende dels år 1982 dels planeringen för perioden 1983-87. För 1982 rapporterar privat-tandläkarna till försäkringskassan 453 000 arbetstimmar. Folktandvården i Malmöhus läns landsting redovisar för samma tid 142 000 arbetstimmar (tandvård + övrig tid). Detta ger i nu-läget en procentuell fördelning av arbetstimmarna med 76% på privatsidan och 24% på folktandvården.

Direktionen har utgått från följande förutsättningar i två olika alternativ.

#### *Alternativ I*

Förutsättningar:

- under perioden 1983-87 tillförs folktandvården inga nya tandläkartjänster inom distriktstandvården
  - revisionsintervallet inom barntandvården blir i genomsnitt femton månader
  - medelbehandlingstiden inom barntandvården är 1987 1,1 timme/barn
  - antalet barn 0–19 år kommer att minska och 20 år och äldre att öka.
- Med en sådan beräkning skulle t.o.m. 1987 55 000 timmar ha överförts från

folktandvårdens barntandvård till dess vuxentandvård. Den totala vuxentandvården skulle då öka från 142 000 timmar till 197 000 timmar. Om denna summa utgör 35% av den totala vårdtiden för vuxentandvården inom landstingsområdet skulle antalet vårdtimmar på privatsidan minska från 453 000 timmar till 366 000 timmar. En reducering med 87 000 timmar eller ca 61 tandläkare.

Vårdtiden per försäkrad – som enligt TU-78 var 1,46 timmar 1980 i vårt landsting (medelsiffran för riket 1.30) – skulle 1987 vara oförändrad.

### *Alternativ II*

Förutsättningar:

- tandläkartimmarna inom privattandvården ligger 1987 kvar vid 1982 års siffra (453 000 timmar)

- denna summa utgör 65 % av den totala vårdtiden inom landstingsområdet

- revisionsintervallet inom barntandvården blir i genomsnitt femton månader

- medelbehandlingstiden inom barntandvården är 1987 1,1 timme/barn

- antal barn 0–19 år kommer att minska och 20 år och äldre att öka.

Med dessa förutsättningar kan inom folktandvården t.o.m. 1987 55 000 timmar överföras från barntandvården till vuxentandvård. För att folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården skall bli 35% måste dock ytterligare 47 000 timmar tillföras. Dessa timmar motsvarar ca 28 tandläkartjänster med enbart vuxentandvård.

Tillgänglig vårdtid per försäkrad skulle i detta alternativ bli 1,81 timmar.

Fördelningen av den totala vårdtiden mellan privattandvården och folktandvården i Malmöhus läns landsting är idag mycket ojämn. Som exempel kan nämnas att inom Helsingborgs kommun är folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården endast 12,5 % medan den inom Svalövs kommun är 60,8 %.

För att folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården skall bli 35 % inom hela landstingsområdet måste det ske en omfördelning och/eller ett tillskott av tandläkartjänster inom folktandvården och/eller en reducering av antalet privatpraktiserande tandläkare av varierande omfattning inom kommunerna. Någon väsentlig utbyggnad av folktandvårdens distrikts- eller sjukhustandvård under 1980-talet synes i dagens ekonomiska situation dock knappast kunna ske.

*Hallands läns landsting:* Vi anser det emellertid inte riktigt att det i lag fastlägges hur stor del av vuxentandvården som landstingen skall svara för. I den nya hälso- och sjukvårdslagen ges landstingen stor frihet att organisera sin sjukvård. Motsvarande frihet bör gälla även på tandvårdsområdet. Det bör enligt vår bestämda mening överlätas åt landstingen att själva besluta om

hur mycket man vill bygga ut vuxentandvården. Detta så mycket mer som en utbyggnad av vuxentandvården inte kan ske utan betydande resurstillskott.

*Göteborgs och Bohus läns landsting:* Utredningens majoritetsförslag att lagfästa att landstinget skall tillhandahålla minst 35% av vuxentandvården inom området är för dåligt definierat. Begreppet "35% av vuxentandvården" bör, om det skall användas, således definieras på ett sådant sätt att inga tveksamheter kan uppstå beträffande dess innebörd. Dessutom kan nödvändigheten av att lagfästa ett dylikt åtagande diskuteras. Inom Göteborgs och Bohus läns landsting föreligger inga skäl för en sådan bestämmelse, men man kan ha förståelse för att skäl kan finnas inom andra huvudmannaområden.

Utgångspunkten bör istället vara landstingets totala planeringsansvar, nuvarande och framtida tillgängliga tandvårdsresurser inom såväl offentlig som privat vårdverksamhet, reella möjligheter till fritt tandläkarval för den våldsökande samt speciellt ansvar för vissa utsatta patientgrupper.

Ovan angivna faktorer bör bilda grunden för ett rationellt utnyttjande av tillgängliga resurser för den våldsökande allmänheten. En del av landstingets planeringsansvar bör med andra ord vara att på bästa sätt erbjuda god tandvård för de vuxna utan lagreglerande fördelning av vuxentandvården mellan offentlig och privat tandvård.

*Älvsborgs läns landsting:* I likhet med reservanterna anser vi det vara samhällsekonomiskt icke försvarbart att ålägga huvudmännen ett krav på att svara för *minst* 35 % av vuxentandvården inom sina resp. områden eftersom utbyggnaden av folktandvården då skulle ske i redan "tandläkartäta" områden. Detta skulle stjäla resurser från och försena utvecklingen för de områden som idag behöver byggas ut. Den brisande balansen mellan storstäder och glesbygd kommer sålunda att bestå. I stället bör privatvården och huvudmännen i dessa områden i samverkan försöka finna lösningar, som på sikt garanterar alla patienter vård inom ramen för befintliga och tillkommande våldresurser.

*Örebro läns landsting:* Det kan framhållas att ett sådant stadgande endast skulle påverka de flesta landstingen i begränsad omfattning. Som styrmedel kan det enligt förvaltningsutskottets uppfattning sägas ha egentlig betydelse enbart i storstadsområden. Det förtjänar att påpekas att även patienter i storstadsområdena bör ha frihet att välja vård inom folktandvården i samma omfattning som i övriga huvudmannaområden. Erfarenheter och gjorda undersökningar visar att patienterna i större utsträckning än nu skulle välja folktandvården om möjlighet fanns. Tandvårdspersonal bör ha samma möjlighet att söka arbete inom den offentliga sektorn i storstäderna.

*Västmanlands läns landsting:* Enligt nämndens mening bör procenttalet vara riktmärke för planeringsarbetet. Lokala avvikelser må förekomma efter förslag från samverkansrådet. I kommuner, där privatpraktiserande tandläkare saknas eller har otillräcklig kapacitet måste folktandvårdens vuxentand-

vårdsandel sträcka sig längre och i vissa fall betydligt längre.

*Kopparbergs läns landsting:* Beträffande dimensioneringen av vuxentandvården ställer förvaltningsutskottet sig tveksamt till ett lagfäst normtal på minimum 35% av vuxentandvården i landstingets regi inom varje landstingsområde. Grundtanken i förslaget, att folktandvården för att kunna fungera på önskat sätt bör ha en viss minimivolym vuxentandvård, är riktigt. Genom att ange ett relationstal kommer emellertid kravet på en utbyggd organisation att bli större i tandläkartäta län än i tandläkarglesa. Om ett lagstadgat ansvar i detta avseende anses behövas, bör minimivolymer i stället anges i absoluta tal per försäkrad individ, t.ex. 0,40 tandläkartimmar/försäkrad.

*Gävleborgs läns landsting:* Utredningens förslag att samtliga landstingskommuner skall åläggas ett krav på att svara för minst 35% av vuxentandvården anser vi inte vara samhällsekonomiskt försvarbart. Det faktiska otillfredsställda vårdbehovet ska styra utbyggnaden.

*Västernorrlands läns landsting:* Som redan påpekats under avsnitt 6 anser vi inte att en oacceptabel obalans föreligger i den mening som utredningen lägger i begreppet. Obalansen förekommer i storstadsområdena.

Vi upplever inte någon egentlig underförsörjning på tandläkarresurser i länet. Genom samplanering av verksamheten mellan folk- och privatvård kan en effektiv tandvårdsverksamhet bedrivas som dimensioneras efter de behov som föreligger. Vi inser givetvis att samordning av resurser är lättare att åstadkomma i mindre län där folktandvård och privatvård beträffande vuxentandvården är ungefär lika dimensionerade. Stora ansträngningar måste dock läggas ned på att samordning kommer till stånd även i storstadsområdena för att effektivitetsvinster skall kunna göras.

Vi vill i detta sammanhang peka på att utredningen inte dragit konsekvenser av att avsevärd tandläkartid nu och i framtiden kan överföras från barn- och ungdomstandvården till vuxentandvården. Allteftersom tandhälsan bland barnen förbättras sjunker medelbehandlingstiderna. Även behandlingsintervallen kan förlängas.

Med utgångspunkt från ovanstående resonemang anser landstinget att en lagbestämmelse om att landstingen skall tillhandahålla minst 35 % av vuxentandvården är onödig. Det väsentliga är att landstingen får ansvaret för att planering av vuxentandvården i samarbete med privatsektorn kommer till stånd. Det är också viktigt att landstinget som politisk organisation kommer att kunna påverka beslut om resurser och övergripande vårdinnehåll etc. Härigenom skapas förutsättningar för uppbyggnad av en tandvårdsorganisation efter invånarnas behov och inte för att nå visst antal tandläkare i folktandvård och privatvård med en i förväg angiven procentfördelning eller rent av för att anställa en viss del av de nyexaminerade tandläkarna.

*Jämtlands läns landsting:* Folktandvården bör byggas ut att omfatta minst 35 procent av vuxentandvården.

*Norrbottnens läns landsting:* Vad beträffar förslaget om att i lag ålägga

landstingen att svara för minst 35 % av vuxentandvården i landstingsområdet så konstaterar vi att den frågan saknar aktualitet i Norrbotten. Vårt landsting ombesörjer sedan många år tillbaka mer än 50 % av vuxentandvården.

*Göteborgs kommun:* Utredningens majoritetsförslag att lagfästa att huvudmannen skall tillhandahålla minst 35 % av vuxentandvården inom landstingsområdet är otillfredsställande definierat. Begreppet "35 % av vuxentandvården" bör, om det skall användas, således definieras på ett sådant sätt att inga tveksamheter kan uppstå beträffande dess innebörd. Dessutom kan nödvändigheten av att lagfästa ett dylikt åtagande diskuteras.

Utgångspunkten bör istället vara kommunens totala planeringsansvar, nuvarande och framtida tillgängliga tandvårdsresurser inom såväl offentlig som privat vårdverksamhet, reella möjligheter till fritt tandläkarval för den vårdsökande samt speciellt ansvar för vissa utsatta patientgrupper.

Ovan angivna faktorer bör bilda grunden för ett rationellt utnyttjande av tillgängliga resurser för den vårdsökande allmänheten. En del av kommunens planeringsansvar bör med andra ord vara att på bästa sätt erbjuda god tandvård för de vuxna utan lagreglerande fördelning av vuxentandvården mellan offentlig och privat tandvård.

*Malmö kommun:* Folktandvården i Malmö svarar i nuläget för 12 % av vuxentandvården. För att nå den omfattning som utredningen föreslår krävs en successiv anpassning av folktandvårdens och de privatpraktiserande tandläkarnas resurser. En sådan anpassning bör ske genom den föreskrivna samverkan.

*Gotlands kommun:* Av en rad, såväl praktiska som principiella skäl, anser kommunstyrelsen att någon precisering i lag av folktandvårdens andel vuxentandvård inte skall göras.

Utvecklingen på lagstiftningens område, senast manifesterad i hälso- och sjukvårdslagen, har gått mot en betydande självständighet för huvudmännen att utforma en i lag angiven skyldighet efter lokal förmåga och lokala behov.

Detta synsätt borde prägla även utformningen av ansvaret på tandvårdsområdet. Den uppdelning av marknaden som sägs komma till uttryck i den föreslagna preciseringen visar också att förutsättningarna för utbyggnad är annorlunda på tandvårdens område än på hälso- och sjukvårdens där privata vårdgivare spelar en mindre framträdande roll. Utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården har skett med ekonomisk stimulans. I avsaknad av sådan koppling och i medvetande om att utbyggnaden av vuxentandvården kommer att få ske inom krympande ekonomiska ramar är det angeläget att, som utredningen framhåller, alla möjligheter till god hushållning av tillgängliga resurser tas till vara. Utbyggnaden av vuxentandvården och ansvaret för att den tillhandahålles olika befolkningsgrupper på lika villkor skall, enligt kommunstyrelsen, ske med folktandvårdens huvudmän som garanter.

Den föreslagna konstruktionen ger garanti för fördelningen av vuxentandvård mellan folktandvård och privattandvård men inte för den sammantagna kapaciteten. Ett minskat utbud på privattandläkarsidan skulle därmed kunna rättfärdiga en minskning också inom folktandvården, medan ett ökat privat utbud skulle framtvinga en utbyggnad inom folktandvården, vare sig någon sådan behövs eller ej. Kvaliteten på vården eller dess inriktning, t.ex. omfattningen och organisationen av den förebyggande vården kommer p.g.a. den valda måttenheten, inte att framgå.

*LO:* LO har i olika sammanhang uttalat sig för att vård och hälsovård i största möjliga utsträckning bör bedrivas i samhällets regi. Utredningen uttalar också flera argument för en utbyggnad av folktandvården för vuxna. LO anser mot denna bakgrund att motiven för en folktandvårdsandel på just 35 % är oklara. Enligt vår mening bör detta anses som ett minimum. Inte minst med hänsyn till de mycket positiva resultat som folktandvården uppnått med barn- och ungdomstandvården, bör målsättningen vara att andelen folktandvård för vuxna på sikt ökar ytterligare utöver den av utredningen angivna procentsatsen.

En fortsatt satsning på folktandvården innebär i synnerhet i storstadsregionerna en kraftig omfördelning av resurser från den privata tandläkarvården till folktandvården. Medlen för hur styrningen över till folktandvården lämpligen bör ske är enligt LO oklart redovisade. Det kan också ifrågasättas om en så omfattande omfördelning är möjlig att genomföra fram till 1992. LO förutsätter dock att utbyggnaden fortsätter, så att andelen vuxentandvård inom folktandvården vid den angivna tidpunkten svarar mot ca 35% av vuxentandvården räknat på riksnivå.

*TCO:* TCO har ingen erinran mot förslaget att folktandvården byggs ut till att omfatta 35 procent av vuxentandvården men med dispensmöjligheter. Det finns i det sammanhanget skäl att notera att i Stockholm, Göteborg och Malmö är folktandvårdens andel av vuxentandvården väsentligt lägre än i övriga landet (14, 10 resp. 12 procent) samtidigt som tandläkartätheten är mycket hög jämfört med landet i övrigt. Som TCO framfört inledningsvis är det av största vikt att omdisponering av resurser mellan folktandvård och privattandvård sker på ett sådant sätt att anställningstryggheten inte hotas.

*SACO/SR:* SACO/SR anser att TU 78 i detta fall negligerar givna direktiv, eftersom dessa anger att utredningen vid sina överväganden om folktandvårdens eventuella utbyggnad av vuxentandvården även skall beöma den sammalagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik.

SACO/SR anser *inte* att den förnämliga roll som folktandvården spelat inom den förebyggande vården för barn och ungdomar utan vidare kan översättas till vuxentandvården. Utredningens uttalande att folktandvården skulle besitta *särskilda* förutsättningar för att bygga ut den förebyggande vuxentandvården saknar grund i utredningen.

Folktandvårdens vuxenvårdsandel kommer automatiskt att öka allt

eftersom resurser frigörs från barn- och ungdomsvården. Reglering och styrning i detta avseende är helt onödiga.

Reellt vårdbehov bland de vuxna och inte politiskt önskvärda organisationsstrukturer bör vara vägledande för återstående, nödvändig resursuppbyggnad inom vuxentandvårdssektorn.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts kan SACO/SR inte tillstyrka utredningens förslag, att folktandvården i varje landstingsområde skall åläggas i lag att tillhandahålla minst 35 procent av vuxentandvården.

*Sveriges tandläkarförbund:* TU 78 hävdar mot bakgrund av sina synpunkter under avsnittet regional fördelning och uppenbarligen även med hänsyn till sitt krav på ett ökat politiskt ansvar inom landstingen i vad avser vuxentandvården, att folktandvården skall åläggas att tillhandahålla minst 35% av vuxentandvården i varje landstingsområde. Som ett ytterligare skäl härför anförts att detta var avsikten bakom riksdagens beslut 1973, när den beslöt att folktandvården skulle få det lagfästa ansvaret för barn- och ungdomstandvården. Detta påstående är enligt tandläkarförbundets mening ytterligt tveksamt. En korrektare beskrivning av sakförhållandet står att finna i socialstyrelsens ovannämnda skrivelse till regeringen, där man (sid 2, st 3) uttalar: "Utbyggnadsberäkningen utgick vidare från att vuxentandvården på sikt skulle utgöra lika stor andel av folktandvårdstandläkarnas totala arbetstid som barn- och ungdomstandvården, dvs 50%. Detta i sin tur antogs komma att motsvara 30–35 % av den totala vuxentandvården i landet."

Det anförda skälet innebär också att TU 78 negligerar givna direktiv, eftersom dessa anger att utredningen vid sina överväganden om folktandvårdens eventuella utbyggnad av vuxentandvården även skall bedöma den sammanlagda tillgången på offentlig vård och vård i privatpraktik.

Vidare hävdar TU 78 att den förnämliga roll som folktandvården spelat inom den förebyggande vården visavi barn och ungdomar – inom en organiserad och avgiftsfri vård – utan vidare kan kreeras även på vuxentandvårds scenen. På annat sätt låter sig nämligen inte utredningens uttalande, att folktandvården har *särskilda* förutsättningar att bygga ut den förebyggande vården av vuxna, förklaras. Det är därvid säreget att kunna konstatera, att utredningen utan angivande av skäl avviker från vad den enhälliga profylaxgruppen härvidlag uttalat i kap 8 i sin rapport – Mål och medel inom vuxentandvården – (Bilaga 6 i SOU 1982:4): "En viktig förutsättning synes därvid ha varit att man kunnat genomföra beslutade prioriteringar av tandhälsovården inom en enhetlig organisation – folktandvården. Folktandvården som organisation bör sålunda också ha förutsättningar att förändra *sin* vuxentandvård i enlighet med .... vad vi lagt in i viljeinriktningen." Detta är någonting helt annat än vad TU 78 säger, såvida den inte menar, att *all* vuxentandvård skall organiseras på samma sätt som barn- och ungdomstandvården.

Tandläkarförbundet, som helt står bakom tankegångarna om det angelägna i att öka den förebyggande vården för vuxna, menar att utredningen borde

ha insett, att den förebyggande vård som krävs gentemot det vuxna klientelet måste utgå från dettas mycket varierande tandstatus och munhygiensituation. Den måste, eftersom vuxentandvård aldrig kan innebära ett ständigt omhändertagande, även bygga på det av HSL starkt understrukna egenvårdsansvaret hos patienten. Som en följd av tandvårdslagstiftningens styrregler, vilka i sin tur har sin förklaring i statsmakternas prioritering av folktandvårdens utbyggnad av barn- och ungdomstandvården. Detta har medfört en successivt växande vuxentandvårdsandel för folktandvårdens tandläkare. Utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar har inneburit ett successivt minskande krav på vårdresurser inom denna sektor och en ökad möjlighet för folktandvården att överföra dessa resurser till vuxentandvårdssidan. Denna utveckling kommer att fortsätta mer eller mindre automatiskt – även i Stockholm, Göteborg och Malmö – och utan stöd eller behov av styrande regler, under förutsättning att distriktstandvårdens numerär upprätthålles.

Reellt vårdbehov bland de vuxna och *inte* politiskt önskvärda organisationsstrukturer bör vara vägledande för återstående, nödvändig resursuppbyggnad inom vuxentandvårdssektorn.

Mot bakgrund av vad ovan anförts kan tandläkarförbundet inte tillstyrka utredningens förslag, att folktandvården i varje landstingsområde skall i lag åläggas tillhandahålla minst 35% av vuxentandvården där.

*Sveriges tandhygienistförening:* I nuvarande läge är det resursslöseri att överflytta befintlig fungerande privat tandvård till offentlig regi. Om folktandvården skall byggas ut till den omfattning 1973 års reformbeslut innebar och samtidigt garanteras en expansion av den förebyggande tandvården föreslår STHF att det sker i form av tandhygienisttjänster.

#### *Sjukhustandvården* (referat)

*Socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, RRV, Spri, Landstingsförbundet, Stockholms läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Hallands läns landsting, Göteborgs och Bohus läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Göteborgs kommun, Malmö kommun, TCO och Sveriges tandläkarförbund* tillstyrker TU 78:s förslag.

*Socialstyrelsen, Spri och Västernorrlands läns landsting, Västerbottens läns landsting och Sveriges tandläkarförbund* tillstyrker dessutom förslagen från utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

*Kriminalvårdsstyrelsen:* Patienterna inom kriminalvården till övervägande

delen narkotikamissbrukare. Detta påverkar bl.a. salivavsöndringen vilket i kombination med speciella sociala förhållanden ger kraftig kariesaktivitet. Den muskeloro som kan uppstå i tuggmuskulaturen till följd av s.k. "uppåtjack" medför en abnorm nötning av tandkronorna samt frakturer av tandkronor. Patienten har ofta tandvårdsskräck. De har ofta hepatit B med åtföljande smittrisker.

Ansvar för ligga hos kriminalvårdsverket. Även om tandvårdssituationen förbättrats får landstingen gärna medverka till att anstalterna får den tandläkarhjälp som behövs.

*RRV:* Måste innebära en minskning av kapaciteten i vuxentandvården i övrigt.

*UHÄ:* Tillstyrker i allt väsentligt förslagen från utredningen om sjukhus-tandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

*Spri:* Anser det angeläget att landstingens tandvårdsansvar även gäller vid vård på institution. Spri biträder STOA:s målsättning. Spri betonar att institutionstandvården inte bör utvecklas till en egen specialitet inom tandvården. Genom att lägga vårdansvaret på folktandvårdens distriktstandvård i samverkan med privattandläkare finns möjlighet att uppnå kontinuitet i vårdhänseende också vid omhändertagandet på institutioner. Viktig i profylaxhänseende. Goda förutsättningar att med ringa insatser i tandsjukvård bibehålla en tillfredsställande tandhälsa under institutionstiden. Driftansvaret för tandvården vid institutionerna bör åvila folktandvården.

Spri vill också i detta sammanhang omnämna det arbete som pågår mellan landstinget Västernorrland, Mellersta Norrlands Tandläkareförening och Spri vad avser utveckling av en modell för organiserad tandvård för de äldre. Arbetet har viss betydelse för hur institutionstandvården organiseras. I tandhälsoarbetet utgår man ifrån att man med relativt ringa insatser kan bibehålla de äldres tandhälsa långt upp i åldrarna. De åtgärder man därvid tänker vidta är regelbundna tandhälsokontroller och profylaxinsatser. Som direkta patientinsatser diskuteras uppsökande verksamhet bland den del av de äldre som själva inte söker tandvård. Denna grupp i befolkningen kommer att särskilt erbjudas tandläkarbesök, enkel profylax etc. Om särskilda skäl föreligger kan vård erbjudas vid institutionstandkliniker.

Till följd av pågående tandhälsoförbättring i landet kommer patienterna inom institutionstandvården att successivt få en bättre tandstatus än tidigare. Genom tandhälsobevakning och profylaktiska åtgärder bör den enskilde patientens tandhälsa kunna bibehållas. Den redan etablerade tandläkarkontakten/kontakten med profylaxpersonal bör här vara till fördel för behandlingen. Insatserna kan snabbt igångsättas, kanske redan innan patienten kommer till institutionen. Tandvården bör också ses som en del i den totala rehabiliteringen av patienten. Om patienten omhändertas av tandläkarpersonal som också är verksamma i allmäntandvård bör detta positivt kunna bidra till återgången till ett normalt liv.

Ett skäl som också talar för att vårdansvaret för institutionspatienterna bör

åläggas distriktstandvården i samverkan med privatpraktikerna är det resursöverskott som idag finns inom tandvården. Om institutionstandvården åläggs en distriktstandklinik kan flera personer än vid en separat verksamhet medverka i denna vård, detta har driftsmässiga fördelar. Vid sjukdom bland personal kan ex. omflyttningar göras. Insatserna vid institutionerna kan också ökas vid tider då distriktstandvården har särskilt svårt att rekrytera patienter, vid skollov, fredagseftermiddagar etc. Endast då patientunderlaget är så stort att särskild personal kan svara för institutionens tandvård, inkl. profylax, bör detta övervägas.

Vissa patienter har betydande tandvårdsproblem under sin institutionsvistelse. Sjukdom, handikapp, försvagad motståndskraft m.m. gör behandlingen/rehabiliteringen i många fall vanskelig. För att kunna ge dessa patienter en fullgod vård är det av avgörande betydelse att landstingen har en väl organiserad tandvårdsorganisation och att framför allt personalen har en härför adekvat utbildning. Spri biträder i detta avseende STOIA:s synpunkter om tandläkarens uppgifter och utbildning men vill samtidigt betona nödvändigheten att utbildningsinsatser även bör gälla vårdpersonalen i allmäntandvården och övrig personal vid institutionerna som får kontakt med berörda patienter.

*Stockholms läns landsting:* Även patienter intagna vid enskilda vårdhem som landstingen har avtal med. Huvudregeln: skötas av landstingsanställd personal. I vissa fall träffa avtal med enskilda vårdgivare. Intagna vid vårdinstitutionerna bör omfattas av tandvårdsförsäkringen. Huvudmännen beslutar om avgift. Tandvårdsansvaret för intagna vid vårdinstitutioner för missbrukare behöver klaras ut.

*Jönköping läns landsting:* Genom att landstinget åläggs att svara för att alla får en god tandvård behövs inte någon särreglering för patienter på vårdinrättningar.

*Göteborgs och Bohus läns landsting:* Vissa oklarheter.

*Västernorrlands läns landsting:* Viktigt att framhålla att patientens munhälsa ska bibehållas på en så hög nivå som patientens situation i övrigt tillåter. Vårdprogram skall utarbetas med angivande av vissa övergripande vårdmål och metoder så att sjukhustandvårdens resurser kan anpassas på rätt nivå.

*Västerbottens läns landsting:* Tandvården för särskilda patientgrupper eller patienter som omfattas av sjukhustandvården har medtagits i 1975-års plan för länets folktandvård. För dimensionering och inriktning av nämnd vård utfördes en inventering. Målsättningen för inventeringen var att på sikt ge dessa patienter en så adekvat tandvård och tandhälsovård som behovet påkallar och omständigheterna i övrigt medger. Hänsyn skulle också tas till patienternas fysiska och psykiska förutsättningar att motta och tillgodogöra sig tandvård liksom att den meddelade tandvården faller inom ramen för en rimlig kostnad.

Undersökningarna visade att den genomsnittliga tidsåtgången för tand-

vårdsbehandling av långvårdspatienter i princip var dubbelt så lång i förhållande till vad som betraktats som normalt för övriga delen av vuxna befolkningen. Långvårdspatienternas behov av hjälp med munhygien var också mycket påtaglig. Drygt 60% av patienterna klarade inte att själva ombesörja denna viktiga detalj.

Med utgångspunkt från nämnda inventering utformades riktlinjer för särskilda patientgruppers tandvård. Inom varje tandvårdsregion (inalles tre i länet) fick en sjukhustandläkare ansvaret att se till att inneliggande och hemsjukvårdspatienter får en adekvat tandvård.

Ansvaret gäller också omsorgsvårdens patienter. I de flesta fall utför distriktstandläkarna idag såväl undersökning som behandling vid egna mottagningar. Tandvård under narkos utföres dock endast vid de speciella sjukhustandklinikerna.

I vår undersökning konstaterade vi också ett stort behov av munhygien hos dessa patienter. Det har vi försökt åtgärda genom att inrätta tandhygienist- och profylaxtandskötersketjänster. En viktig uppgift för personalen inom sjukhustandvården är att informera och tidvis bistå den berörda sjukvårdspersonalen när det gäller patienternas dagliga munhygien.

Erfarenheterna från Västerbottens län överensstämmer i stort sett med vad som framkommit i TU 78 och i socialstyrelsens utredning. Västerbottens läns landsting vill dock ytterligare understryka, att samhället bör på ett mera aktivt sätt än hittills medverka till att hjälpa sjukhustandvårdens patientgrupper. De har på olika sätt dubbla problem i en tandvårdssituation. Man vet också att många av dessa patienter lider av muntorrhet på grund av försämrad salivproduktion. Orsaken till detta är förutom åldersförändringar även medicinering. För att extra tandhälsovårdande insatser kan sättas i tid i dessa fall erfordras bra kommunikation mellan sjuk- och tandvårdspersonal.

Tandvårdspersonal verksamma inom sjukhustandvården bör också få en vidareutbildning i vissa allmänmedicinska ämnen. Särskilt inom geriatrik, långvårdsmedicin och näringslära. Inom de odontologiska ämnena bör den förebyggande tandvården prioriteras men även socialodontologin.

*Göteborgs kommun:* Tandvården för missbrukare har inte berörts.

*HCK:* Den tandvård som idag erbjuds personer som vistas på institutioner eller andra vårdinrättningar uppvisar många allvarliga brister. HCK har inte kunnat finna att utredningen vare sig uppmärksammat dessa allvarliga brister eller försökt finns tillfredsställande lösningar. Speciella resurser behövs enligt vår mening för att komma tillrätta med de problem som är förknippade med institutionsvården.

*Tandvården till handikappade m.fl.*  
(referat)

*Statens handikappråd:* Tandvårdsutredningens förslag dåligt underbyggda. Inte tillräckligt djupgående. Ja till tandvårdsansvar. Innebörden oklar.

Stora skillnader mellan landstingen. Inga riktlinjer till landstingen när det gäller hur tandvårdsansvaret skall fullgöras organisatoriskt, administrativt och praktiskt.

Stödjer förslagen från utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

Viktigt med information.

*RRV:* Tandvårdsutredningens förslag innebär ambitionshöjning, vilket ställer krav på resurser. Om folktandvårdens resurser skall tas i anspråk för dessa relativt resurskrävande patientgrupper innebär det att kapaciteten i vuxentandvården i övrigt (inom folktandvården) minskas relativt sett.

*UHÄ:* Tillstyrker i allt väsentligt förslagen från utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

*Spri:* Betonar att det vårdbehov som finns hos berörda patientgrupper ofta kan tillgodoses av allmäntandvården.

*Stockholms läns landsting:* Anser att de speciella tandvårdsbehov som kan uppkomma som följd av olika handikapp behöver belysas ytterligare.

*Östergötlands läns landsting:* Delar utredningens bedömning. Samverkan mellan folktandvården och primärvårdsorganisationen underlättar verksamheten. Föreskrift i lag. Samverkan med andra vårdgivare förutsätts ske.

*Jönköpings läns landsting:* Genom att landstinget åläggs att svara för att alla får god tandvård behövs ingen särreglering.

*Kalmar läns landsting:* Förutsätter att folktandvården tillförsäkras tillfredsställande resurser.

*Malmöhus läns landsting:* Förutsätter en omfördelning av folktandvårdens totala vårdtid (tandläkartid, tandhygienisttid – och profylaxtandskötersketid) från barn- och ungdomsvård till vuxentandvård.

*Västmanlands läns landsting:* Hittills eftersatta grupper såsom handikappade bör genom uppsökande åtgärder erbjudas erforderlig tandsjukvård och tandhålsvård.

*Kopparbergs läns landsting:* Vidgat ansvar tillstyrks för handikappade som på grund av sitt handikapp kräver speciell tandvårdsutrustning.

*Västernorrlands läns landsting:* Tillstyrker förslagen betr. patienturvalet från utredningen om sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter.

Det är dock nödvändigt att iaktta stor restriktivitet vid urvalet främst bland personer som bor i primärkommunala serviceinrättningar, hemmaboende omsorgspatienter, svårbehandlade patienter etc.

Stora ansträngningar bör göras för att patienterna skall få sin tandvård i allmänpraktik innan remiss sker till sjukhustandvården. Det finns ofta allmäntandäkare inom både folktandvården och i privattandvården som har både speciella förutsättningar, lämplig utbildning och tillgång till lokaler och utrustning för att ta hand om dessa patienter.

Landstinget ser det som mycket angeläget att de arbetsuppgifter som angetts för sjukhustandläkaren inte fastställs genom centrala beslut utan att

landstinget självt med utgångspunkt från sina egna behov och sin egen organisation får fastställa dessa.

Landstinget konstaterar också att utredningen inte berört sjukhustandvårdens organisation och ledningsfunktion. Landstinget anser detta riktigt. Sådana avgöranden måste varje landsting självt få avgöra.

För att inte överdimensionera denna vårdform bör stora ansträngningar göras för att patienterna skall få sin tandvård i allmänpraktik inom distrikts- eller privattandvård, där resurser redan idag i stor utsträckning finns och kommer att kunna frigöras de närmaste åren.

Utbildning av allmäntandvårdens personal i omhändertagande av handikappade och på annat sätt sjuka men hemboende patienter bör tillskapas.

En sådan organiserad vård torde i viss utsträckning också avlasta sjukhustandvården i varje fall på längre sikt.

*Västerbottens läns landsting:* Som framgått av yttrande från Västerbottens läns landsting över 1978 års tandvårdsutredning (TU 78) har tandvården för särskilda patientgrupper eller patienter som omfattas av sjukhustandvården medtagits i 1975 års plan för länets folktandvård. För dimensionering och inriktning av nämnd vård utfördes en inventering.

Målsättningen för inventeringen var att på sikt ge dessa patienter en så adekvat tandvård och tandhälsovård som behovet påkallar och omständigheterna i övrigt medger. Hänsyn skulle också tas till patienternas fysiska och psykiska förutsättningar att motta och tillgodogöra sig tandvård liksom att den meddelade tandvården faller inom ramen för en rimlig kostnad.

*Gotlands kommun:* Ur den synpunkten bör ansvaret inte behöva uttryckas på annat sätt än inom hälso- och sjukvården. Enligt styrelsens uppfattning behöver därför ansvaret för institutions- och handikappatandvården inte särskilt anges i lag.

*Sveriges tandläkarförbund:* Tveksamhet när det gäller den författningsmässiga regleringen av ansvaret för de handikappade. Inte angivits vilka kriterier som skall gälla vid bedömningen av vilka handikappade som "har svårt att få tandvård". Patienter med handikapp bör i första hand integreras i den allmänna tandvården. Handikappgrupper har inte generellt sämre tandhälsa än friska patienter. Ansluter sig till STOIA:s förslag till patientgrupper. Organiserad tandvård för vuxna handikappade.

*HCK:* Tillstyrker lagstadgat ansvar för landstingen för handikappades tandvård.

Det föreligger behov av särskilda insatser för handikappade. Genom kroniska sjukdomar och medicinering, som i många fall inverkar menligt på tandstatusen, är stora handikappgrupper ännu mer i behov av kontinuerlig och väl fungerande tandvård än andra människor. Utredningen har inte undersökt eller kartlagt vilka speciella behov eller svårigheter som är förknippade med olika handikapp.

HCK tillstyrker förslaget att landstingen får ett lagstadgat ansvar vad gäller

tandvård för handikappade. För att landstingen skall klara denna uppgift anser HCK emellertid dels att landstingen måste ha del av en kartläggning av vilka speciella behov olika handikappgrupper har och hur dessa kan tillgodoses, dels att handikapporganisationerna måste få ett inflytande över planeringen av den framtida tandvården.

Lagförslaget 6 § har i stora drag samma ordalydelse som § 8 i Hälso- och sjukvårdslagen. Av utredningen framgår emellertid inte med samma klarhet som i regeringens proposition 1981/82:97 att samarbete eller samverkan i planeringen även skall ske med handikapporganisationer. I kommande lagstiftning bör det vara samma innebörd i denna paragraf som i § 8 i HSL.

För barn och ungdomar föreligger för landstingen ett lagstadgat ansvar, vilket ur förebyggande synpunkt har haft en mycket stor betydelse. För barn med någon form av handikapp föreligger, precis som för vuxna, emellertid speciella behov. Det skulle vara av mycket stort värde om man redan i utbildningen av tandläkare och annan tandvårdspersonal fick in handikappkunskap på schemat. HCK är helt övertygad om att en sådan åtgärd på ett snabbt sätt skulle rätta till många praktiska problem som är förknippade med dagens tandvård.

I utredningen saknas en genomarbetad och bindande tidsplan för hur olika förslag skall genomföras. En sådan är nödvändig för att kunna åstadkomma förbättringar inom tandvården.

*DHR:* Alla tandläkarmottagningar, såväl distriktsmottagningar, folktandvårdsmottagningar som privata mottagningar, måste vara tillgängliga för människor med funktionshinder. Handikappade skall inte vara hänvisade till speciella mottagningar. DHR föreslår att en förutsättning för att tandläkare skall kunna erhålla ersättning från samhället måste vara att hans praktik är tillgänglig för alla patientkategorier.

### *Tandhygienisternas ställning*

*Socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, Landstingsförbundet, Östergötlands läns landsting, Sveriges tandhygienistförening* har tillstyrkt TU 78:s förslag.

*Socialstyrelsen:* Kommittén har också övervägt möjligheterna att låta tandhygienister få arbeta självständigt och kunna bli anslutna till tandvårdsförsäkringen. Eftersom hygienistkåren f.n. är relativt begränsad till sitt antal avstår kommittén från att lägga fram något förslag. Enligt styrelsens mening är detta välbetänkt. Tills vidare synes det angeläget att hygienisternas insatser i vården prioriteras och att denna prioritering görs på vårdgivarsidan. Skulle patienterna i nuvarande situation fritt kunna konkurrera om de begränsade hygienistresurserna är det risk för att många med stort vårdbehov får stå tillbaka för dem som själva skulle kunna sörja för sin tandhälsa genom egenvård. Styrelsen är beredd att, i enlighet med kommitténs uttalade

önskan, utreda tandhygienisternas arbetsvillkor.

*Riksförsäkringsverket:* Riksförsäkringsverket har redan i sitt remissyttrande 1979-02-09 över tandvårdspersonalutredningens rapport nr II framfört, att praktiska och administrativa skäl talar för att ge tandhygienisterna en självständigare ställning. Verket uttalade därvid att förutsättningarna för att ansluta tandhygienisterna direkt till tandvårdsförsäkringen borde övervägas och erinrade om relationen mellan läkare och sjukgymnast.

*RRV:* Den modell för samverkan mellan tandläkare och i första hand tandhygienist som utredningen utgår ifrån förutsätter dels en lokalmässig samordning, dels en regelmässig delegering av uppgifter från tandläkare till tandhygienist. Enligt RRVs mening kan en sådan modell bli svårgenomförbar i en framtida situation med ett tandläkaröverskott. Det hade därför varit av värde om utredningen också diskuterat de två mer extrema alternativen för organisation och förmedling av förebyggande tandvård, dvs

- inom ramen för nuvarande vanligt förekommande personalresurser, dvs tandläkare och tandsköterska

- genom en helt självständig tandhygienistisk verksamhet.

*Sveriges tandläkarförbund:* Tandläkarförbundet konstaterar, att tandhygienisternas behörighet nyligen varit föremål för omfattande utredning och att socialstyrelsen så sent som den 1 januari 1982 utfärdat nya föreskrifter i denna fråga. Tandläkarförbundet önskar härutöver fästa uppmärksamheten på att tandläkaren bär det yttersta ansvaret för all vård, som innebär ett arbete i munnen, även när detta arbete är att betrakta som en från tandläkaren delegerad arbetsuppgift. En förändring härvidlag synes kunna innebära betydande administrativa konsekvenser och en utbyggd kontrollapparat. Tandläkarförbundet saknar därför bärande motiv för att biträda utredningens förslag om ytterligare utredning.

*Sveriges tandhygienistförening:* I sjätte kapitlets sammanfattning framhålls att tandvården i framtiden skall erbjuda sina tjänster på lika villkor till alla och att den bör främja god tandhälsa hos hela befolkningen. STHF stöder till fullo detta förslag men vill dock påpeka att patienten idag inte har möjlighet att välja behandling av tandhygienist. Detta på grund av att patienten först måste erhålla undersökning och därefter remiss av tandläkare för att få "tandhygienistbehandling". STHF anser det därför högst angeläget att socialstyrelsen snarast utreder tandhygienisternas arbetsvillkor vilket också föreslås i "Reviderad tandvårdstaxa", kapitel 6.3.7. Ökad möjlighet för patienten att erhålla förebyggande vård utförd av tandhygienist skulle också främja utredningens intentioner att hushålla med de ekonomiska resurserna.

*Bilaga 4*  
*Det remitterade*  
*lagförslaget*

## **1 Förslag till Tandvårdslag**

Härigenom föreskrivs följande.

### **Inledande bestämmelse**

**1 §** Med tandvård avses i denna lag åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.

### **Mål för tandvården**

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

### **Krav på tandvården**

**3 §** Tandvården skall bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den skall

1. vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

3. vara lätt tillgänglig,

4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

**4 §** Innan en behandlingsperiod påbörjas skall tandläkaren eller den som annars utför tandvården lämna patienten upplysning om den ungefärliga kostnaden för den valda behandlingen. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.

### **Den landstingskommunala tandvården**

#### *Landstingskommunens ansvar*

**5 §** Varje landstingskommun skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen

verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som landstingskommunen själv bedriver benämns i denna lag folktandvård.

Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Föreskrifter om förvaltningsutskottet skall därvid avse kommunstyrelsen.

**6 §** Om någon som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, skall landstingskommunen erbjuda sådan tandvård.

**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.

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

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

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

**10 §** Landstingskommunerna skall samverka i tandvårdsfrågor som berör flera landstingskommuner.

### *Tandvårdsnämnd*

**11 §** Ledningen av folktandvården utövas av en tandvårdsnämnd, i den mån inte annat följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179).

Landstingskommunen får tillsätta en särskild tandvårdsnämnd eller uppdra åt en annan nämnd att vara tandvårdsnämnd. Har detta inte skett, är förvaltningsutskottet tandvårdsnämnd.

**12 §** I fråga om särskild tandvårdsnämnd gäller bestämmelserna i 3 kap. 2-12 §§ kommunallagen (1977:179) i tillämpliga delar.

### *Personal*

**13 §** I folktandvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela en god tandvård.

Om åligganden för den personal som hänförs till hälso- och sjukvårdspersonal och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

**14 §** Tandläkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall förordnas för viss tid.

**15 §** Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om behörighet till och tillsättning av tjänster inom folktandvården. Regeringen får överlåta på socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

#### *Tillsyn*

**16 §** Socialstyrelsen har tillsynen över folktandvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.

#### *Ytterligare föreskrifter*

**17 §** Regeringen bemyndigas att i fråga om folktandvården meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt.

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

#### **Tandvården i krig m.m.**

**18 §** Regeringen bemyndigas att meddela särskilda föreskrifter om tandvården i krig, vid krigsfara eller under sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av att riket har befunnit sig i krig eller krigsfara.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1986, då folktandvårdslagen (1973:457) skall upphöra att gälla.

2. Förekommer i lag eller annan författning hänvisning till en föreskrift som har ersatts genom bestämmelse i denna lag tillämpas i stället den nya bestämmelsen.

| Innehåll                                                                       | Sid |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Proposition .....                                                              | 1   |
| Propositionens huvudsakliga innehåll .....                                     | 1   |
| Propositionens lagförslag .....                                                | 3   |
| Utdrag av regeringsprotokoll den 11 oktober 1984 .....                         | 6   |
| 1 Inledning .....                                                              | 6   |
| 2 Allmänna utgångspunkter .....                                                | 7   |
| 3 Den lagtekniska lösningen .....                                              | 12  |
| 3.1 Lagens uppbyggnad .....                                                    | 14  |
| 4 Mål för tandvården .....                                                     | 14  |
| 5 Krav på tandvården .....                                                     | 18  |
| 6 Patienten i tandvården .....                                                 | 25  |
| 7 Landstingens ansvar för tandvården – ansvarets innebörd och omfattning ..... | 27  |
| 7.1 Folktandvården .....                                                       | 31  |
| 7.1.1 Barn- och ungdomstandvården .....                                        | 31  |
| 7.1.2 Vuxentandvården .....                                                    | 34  |
| 7.1.2.1 Speciallisttandvården .....                                            | 34  |
| 7.1.2.2 Allmäntandvården .....                                                 | 35  |
| 7.1.2.3 Sjukhustandvården .....                                                | 39  |
| 7.1.2.4 Tandvården för vissa handikappade m.fl. ....                           | 41  |
| 7.2 Folktandvårdens personal .....                                             | 43  |
| 7.3 Ledning och organisation av folktandvården .....                           | 44  |
| 8 Planering och samverkan i tandvården .....                                   | 45  |
| 9 Statens roll .....                                                           | 50  |
| 10 Tandhygienisternas ställning .....                                          | 52  |
| 11 Upprättat lagförslag .....                                                  | 53  |
| 12 Specialmotivering .....                                                     | 53  |
| 13 Hemställan .....                                                            | 73  |
| 14 Beslut .....                                                                | 73  |
| Utdrag av lagrådets protokoll den 30 oktober 1984 .....                        | 74  |
| Utdrag av regeringsprotokoll den 1 november 1984 .....                         | 75  |

#### *Bilagor*

|                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 Sammanfattningar av betänkandena (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet samt (Ds S 1983:4) Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter .....                     | 84  |
| 2 Tandvårdsutredningens lagförslag .....                                                                                                                                             | 89  |
| 3 Sammanställning av remissyttranden över betänkandena (SOU 1982:4) Tandvården under 80-talet samt (Ds S 1983:4) Sjukhustandvårdens omfattning, inriktning och arbetsuppgifter ..... | 93  |
| 4 Det remitterade lagförslaget .....                                                                                                                                                 | 130 |

