

Tandrötan ur socialpolitisk synvinkel

En artikel om kariesproblem, som tidigare varit införd i Socialmedicinsk tidskrift, har gett anledning till ett meningsutbyte som vi här lämnar utrymme för. Tidskriften har även för avsikt att längre fram ytterligare belysa vikten av förebyggande åtgärder inom tandvårdsområdet.

Tandvårdsinspektören i Hälsingborg *L. H. Wennberg*:

I en artikel i nr 6/1956 av Socialmedicinsk tidskrift har tandvårdsinspektören i Jönköpings län, Gunnar Dahl, lagt fram sina reflexioner kring tandrötan och möjligheterna att i vårt land komma till rätta med sjukdomen. Artikeln har titeln "Tändernas sönderfall — ett socialpolitiskt problem".

Det är antagligt, att författaren strävat efter att med sin artikel nå de socialpolitiker, som syssla med hälso- och sjukvården i vårt samhälle; den skulle utgöra en slags väckande information. Det är framförallt ur denna synpunkt angeläget att här kortfattat kommentera Dahls resonemang och — framförallt — hans slutsatser och rekommendationer.

Författaren skriver: "Vad vi kallar karies är väl det makroskopiskt synliga uttrycket för tandemaljens och dentinets reaktion på olika genetiska faktorer." Det är icke helt lätt att alltid reproducera författarens tankegångar. Hans yttrande får väl tydas så, att han anser, att arvsanlagen spela en avgörande roll för uppkomsten av tandröta. Det måste konstateras, att åsikten icke äger vetenskapligt stöd.

Dahl fortsätter: "Då tandens hårda vävnader är de enda i vår kropp, som icke kan läka utan defekt, har vi i tanden ett självregistrerande instrument för insulter av skilda slag, som kan drabba vår organism. Såsom sådant borde tanden ju också för länge sedan ha — mer än vad som förekommit — uppmärksamats." I själva verket har detta forskningsområde sedan länge odlats mycket flitigt. Jag skall emellertid inte gå så långt tillbaka utan inskränka mig till att här påminna om de många kliniska och experimentella undersökningar, som beröra tandvävnadernas reaktioner, t. ex. på för-

ändringar i vitamintillförseln. Redan på 20—30-talen ägnade nuvarande rektorn vid tandläkarhögskolan i Stockholm, professor Westin, ämnet ett stort intresse i sina katedrala föreläsningar, och allttjämt är det högeligen aktuellt som forskningsobjekt.

Författaren anmärker, att man efter "konserverande protetisk tandbehandling, impregnering med t. ex. silverniträt och fluorider samt fluoridering av dricksvatten" icke har kunnat iakttaga någon bestående minskning i tandförstörelsens frekvens. Detta påstående är alltför kategoriskt för att vara riktigt. Redan en efter konstens regler utförd konserverande tandbehandling medför lyckligtvis i många fall en varaktig minskning i kariesfrekvensen, helt enkelt därigenom, att antalet för tandröta särskilt disponerade ytor överförs till ett oangripligt fyllnadsmaterial; förhöll det sig inte så, skulle vårt arbete te sig helt tröstlöst. Vad sedan fluorideringen av dricksvattnet beträffar, låter det sig väl sägas, att effekten av en sådan fluor-tillförsel under begränsad tidrymd kan betyda blott och bart ett uppskjutande av kariesangrepp till en senare, fluorfri period i individens liv. Detta antagande är, bland annat på grund av fluorideringsexperimentens korta varaktighet, än så länge inte bevisat. Här kommer emellertid in i bilden den otvetydiga korrelationen mellan ålder och tandrötsfrekvens. Det är sålunda möjligt, att förtäring av fluoriderat vatten under den ur kariessynpunkt farligare åldern verkligen skulle kunna medföra en "bestående minskning av tandrötan". Allt detta är likväl frågor, som forskningen ännu inte med säkerhet kan uttala sig om.

Tandvårdsinspektör Dahl fortsätter: "Kurativa eller generella åtgärder är sparsamt berörda i litteraturen i jämförelse med konserverande och har mycket litet diskuterats som

allmänna behandlingsmedel. I undervisningen för tandläkare har de också — åtminstone i Europa — sällan berörts". Det är möjligt, att författaren har rätt, när han jämför litteraturen på dessa båda områden. Skulle så vara förhållandet, vågar jag kanske draga den välvilliga slutsatsen, att orsaken därtill är, att man ifråga om den konserverande vården rört sig på fastare mark än när det gäller "kurativa eller generella åtgärder". Vi kunna då vara i viss mån tillfredsställda över att den av hr Dahl påstådda skillnaden existerar; annars hade måhända ännu flera ovederhäftiga publikationer sett dagens ljus.

Likväl skall man i våra odontologiska bibliotek sedan många år tillbaka finna en imponerande rad av goda arbeten, vilka mer eller mindre direkt syssla med de frågor Dahl åsyftar. Litteraturen inom den gren av den odontologiska vetenskapen, som rimligen borde utgöra en av de viktigaste grundvalarna för våra profylaktiska ingripanden, nämligen forskningen angående karies orsaker och uppkomst, omspänner numera ett nästan oöverskådligt antal arbeten. Men också verk, som direkt beröra kariesprofylaxen, äro rikt representerade, alltifrån kanske mera välmenande än sakligt grundade råd, till studier, genomförda med strängt vetenskaplig metodik.

Summerar man vad som nu göres och vad som under de senaste decennierna utförts i vårt land för att komma fram till en planmässig och effektiv kariesprofylax, måste man nog säga, att Dahls förebråelser för bristande intresse äro oberättigade. I detta arbete äro inkopplade medicinalstyrelsen, tandläkarhögskolorna, enskilda forskare, Tandvärnet och våra fackorganisationer samt inte minst de ute på fältet i social och privat tandvård arbetande tandläkarna, vilka långt före Vipeholmsundersökningarna, men i stort sett efter de riktlinjer, som där drogos upp, om och om igen i det uppväxande släktet sökt inpränta kostens och munhygienens betydelse.

Detta vårt profylaktiska arbete måste planeras på lång sikt. Vi kunna inte vänta omedelbara eller snabba resultat. Alltjämt gäller — med full relevans — vad medicinalrådet Maunsbach 1944 i sin artikel om profylaxen och terapin under folktandvårdens uppbyggnadsskede

skrev: "I decennier ha meningarna brutit sig mot varandra inom de olika kulturländerna, då det gäller profylaxproblemet på det odontologiska området. Redan av denna anledning kunna vi näppeligen vänta oss, att på detta i verklig mening internationella spörsmål någon patentrösning, vilken med ett slag skall ändra tandvårdssituationen i det svenska samhället, kommer att uppenbara sig."

Den omställning av vanor och tänkesätt hos vårt folk, som förmodligen blir ett nödvändigt led i kariesprofylaxen, måste i stort sett ske på frivillighetens väg — genom upplysning och övertygelse. Den av medicinalstyrelsen inaugurerade propagandan bör, effektivt utformad, kunna bli ett gott medel för detta syfte. Någon lätt uppgift har medicinalstyrelsen emellertid inte fått, bl. a. därför att statsmakterna inte ställt tillräckliga anslag till förfogande.

Dahl skriver, att han vid egna undersökningar på barnhem osv. konstaterat, att den kostordning, som där tillämpas, kunde ge fullständig kariesresistens. Jag har tyvärr inte satt mig in i dessa undersökningar, bland annat därför att jag ingenstades funnit dem publicerade. Man lär emellertid knappast kunna föreställa sig att föra ut denna relativt stränga kostregim i dagens svenska samhälle med dess höga levnadsvanor. Sådant kan möjligen arrangeras i en diktatur. Undertryckande av social frihet måste dock betraktas som en väl stark hästkur mot tandröten.

Att forskarna i detta sammanhang därför mera intresserat sig för att finna motmedel mot "kariogen" kost än att genom socialpolitiska åtgärder söka åstadkomma en bättre "tandhälsa", finner jag varken märkligt eller stötande. Det senare arbetet kan omöjligen å priori åligga vetenskapsmännen, och Dahl säger ju också, att "detta är socialpolitikerns uppgift". Målet kan och bör uppenbarligen nås på flera vägar, och alla vettiga uppslag äro värda prövning.

Författaren avslutar sedan sin uppsats med följande rekommendation, som jag föredrager att citera i dess helhet: "Mot bakgrunden av ovanstående måste det ifrågasättas, om man icke i de länder, där barntandvård planeras eller bedrives med allmänna medel och där profylaktiska åtgärder (såväl kurativa som

symptomatiska) alltmer börjar tillämpas, bör påbörja en utbildning av särskilda barntandläkare. Dessa barntandläkare borde ha en akademisk utbildning, vilken när det gäller odontologien torde kunna vara avsevärt reducerad inom vissa områden såsom t. ex. inom tand- och pulpakirurgien, protes- och materiallära, intern och speciell medicin etc. Däremot borde deras skolning innefatta vissa andra aspekter såsom näringslära, allmän hygien och hälsovård, socialmedicin, tandhälsofostran, psykologi, sociologi och offentligt framträdande. Så utbildade barntandläkare borde efter akademisk examen och såsom anställda i social hälsovård anförtros såväl den propaganda för bättre kost- och munhygien, som samhället önskar framföra, som handhava den i stor utsträckning rutinmässiga profylaktiska och konserverande tandvården av barn och ungdom upp till 14—15-årsåldern. En kår av vetenskapligt och kliniskt arbetande odontologer förutsättes givetvis för forskning och behandling av äldre patienter och av de kvalificerade sjukdomsbilderna."

När de sakkunniga för tandläkarutbildningens ordnande drogo upp riktlinjerna för den 5-åriga studieplanen vid våra högskolor, hade de uppenbarligen den meningen, att utvecklingen framtvingat en större teoretisk och klinisk kunnsighet. De tjänstgöringar och kurser, som nu ingå i denna studieplan, äro givetvis ett villkor för legitimation som tandläkare och måste redan av denna anledning betraktas som elementära; i allt fall konstituera de i och för sig varken några forskare eller kliniska specialister.

Vad Dahl här föreslår, är i själva verket en avsevärd minskning — under denna nuvarande "legitimationsgräns" — av det odontologiska vetandet, till förmån för en del perifer eller helt utanför ämnesområdet liggande discipliner, av vilka några onekligen förefalla i sammanhanget rätt kuriösa. Denna nedskärning skulle emellertid enbart träffa de "särskilda barntandläkarna". Man frågar sig helt naturligt varför? Svaret ligger — så vitt jag fattar saken rätt — i det av författaren flera gånger upprepade uttrycket "rutinmässig tandvård". Dahl tager nämligen alldeles tydligt inte uttrycket endast i dess mening av "vanligen förekom-

mande eller vanemässig" utan inlägger också i detta betydelsen enklare, dvs. å priori enklare. Det må kanske vara förlåtet, om jag på denna punkt upprepar truismen, att varje yrke utfört under tillräckligt lång tid, tenderar att bli i viss mening vanemässigt, det kan nu gälla ingenjörens, högskolelärarens, kirurgens eller tandläkarens; däri ligger vid närmare eftertanke intet fel, snarare tvärtom. En helt annan sak är, att vanemässigheten utan ett för yrket tillräckligt brett teoretiskt underlag, som möjliggör utblickar över och utanför den dagliga gärningens ibland trånga murar, kan stelna till psykiskt påfrestande, döda former. Om nu författaren anser, att barntandläkarna behöva mindre kunskaper än de inom annan tandvård sysselsatta kollegerna, därför att barntandvården är "enklare", begår han ett, mildt sagt, allvarligt misstag, som han emellertid tyvärr inte tyckes vara ensam om. Lika väl skulle man kunna säga, — trots liknelsens banalitet — att pediatriken vore en "enklare" form av sjukvård, som kunde utövas av läkare med mera begränsad utbildning.

Det är naturligtvis ganska frestande att här detaljgranska Dahls hugskott på tandläkarutbildningens område. Jag skall stanna endast vid några av hans förslag.

Han säger t. ex., att utbildningen kan vara avsevärt reducerad inom pulpakirurgien. De inom ämnet initierade veta allt för väl, att "rotbehandlingen" och därmed sammanhängande spörsmål inom barntandvården kunna erbjuda ännu större svårigheter än inom tandvården för vuxna. På sitt begränsade område fordrar behandlingen av pulpasjukdomarna hos barn en stor teknisk färdighet och ett betydande mått av diagnostiskt kunnande.

Dahl vill reducera utbildningen också i intern och "speciell" medicin. Nu är att märka, att detta ämne för närvarande omfattar omkring 10 föreläsningstimmar. Det behöver knappast påpekas, att denna tid är alldeles för knapp tillmätt. Utvecklingen av odontologien inom de nordiska länderna har emellertid oförtydligt gått i den riktningen, att jämsides med ett vidgat och fördjupat studium inom den i trängre mening egna disciplinens teoretiska och praktiska områden, större uppmärksamhet skall ägnas gränsmarkerna mot den allmänna

medicinen. Synliga bevis på denna strävan finna vi bland annat i litteraturen; utgivandet av Nordisk medicinsk odontologisk handbok utgör ett gott exempel härpå.

Mig veterligt har heller inte värdet av denna mera allsidiga medicinska orientering på allvar ifrågasatts. Det är sannolikt också första gången — nämligen nu i Dahls artikel — som den tanken dyker upp, att t. ex. kunskap i intern medicin vore nödvändig för de tandläkare, som arbeta med vuxet klientel, men nära nog obehövlig för dem som syssla med barntandvård. Bortser man från det egendomliga i idén, måste man dessutom fråga sig, hur det kan vara möjligt att avsevärt reducera ett ämne, vilket nu upptar 10 föreläsningstimmar, utan att kursen skulle förlora varje förnuftig mening.

Jag hyser — tvärtemot författaren — den förhoppningen, att ämnet internmedicin skall få en större plats på schemat, och vidare, att vid våra högskolor en som remissinstans fungerande permanent invärtes medicinsk mottagning skall etableras. Lokaler därför lära finnas, men medel fattas.

Dahl vill nu inte enbart reducera de rent odontologiska studierna för sina "särskilda" barntandläkare; han inför också en mängd nya ämnen. Ett av dessa — socialmedicin — förtjänar onekligen intresse. Jag tror nämligen, att varje tandläkare — liksom naturligtvis varje läkare — bör känna till, hur odontologien respektive medicinen ter sig ur socialpolitisk synvinkel, vad samhället gör och hur det med sina olika organ funktionerar på dessa områden. Det blir med sådana aspekter lättare för yrkesmännen att ställa in sig själva i de samhälleliga sammanhangen. För odontologernas behov kan den nuvarande kursen i socialodontologi i detta syfte utökas med 3—4 föreläsningstimmar, något som väl låter sig göra inom studieplanens ram.

När någon, som tandvårdsinspektör Dahl nu gjort, offentligt framlägger förslag till reformer och förändringar av sådan räckvidd, kunde man naturligtvis förvänta, att förslagsställaren med klara och sakliga skäl bevisat eller åtminstone sökt bevisa reformens nödvändighet, att han diskuterat pro et contra och att han framförallt omtalat, vad samhället kan ha att vinna på att genomföra hans förslag. Något

sådant har enligt min mening inte skett i Dahls artikel. Jag kan nu icke heller se, att någonting är att vinna; däremot ovanligt mycket att förlora.

Vi skulle sålunda sannolikt få två olika "legitimationskretsar" för tandläkare; en, där legitimationen liksom nu gällde alla åldrar och en, där tandläkarna enbart kunde tänkas arbeta med barn och ungdom upp till 14—15 år. Detta är en fullkomligt verklighetsfrämmande konstruktion. Inom den första kretsen dvälas — man frestas här kalla dem så — tandläkare av första graden, vilka inte enbart ha den makt-påliggande uppgiften att behandla äldre patienter och taga hand om de "kvalificerade sjukdomsbilderna" (!) utan också idka forskning. Till den andra gruppen, tandläkare med mindre odontologiskt vetande och kunnande, hänvisa vi våra barn med de "okvalificerade" sjukdomsbilderna. Man kan här fråga sig, vem av dessa kategorier, som lämpligen böra forska inom barntandvårdsområdet?

Barntandläkarnas arbete i dagens samhälle är — och blir kanske än mera i framtiden — betydande och av mångskiftande art. Till allt vad som sagts därom, kan som komplettering läggas den viktiga profylaxen mot och det tidiga ingripandet vid tandställningsfelen och käkanomalierna, vilket allt i huvudsak kommer att ligga på barntandläkarens område. Jag kan väl inse, att de odontologiska studierna kunna och böra förnyas liksom all annan undervisning, men jag kan omöjligen finna någon vettig anledning att föreslå en minskning av deras omfattning — allra minst för någon särskild grupp av tandläkare.

Barntandvården i vårt land befinner sig uppenbarligen på många ställen i en verklig nödsituation. Anledningen därtill är naturligtvis ytterst den höga tandrötsfrekvensen. Betrakta vi denna för ögonblicket som en konstant faktor, framträder en klar disproportion mellan behovet och tillgången på barntandläkare. Man frågar sig följaktligen: Hur skall antalet odontologer, som önska ägna sig åt barntandvården, kunna ökas, hur skall rekryteringen lämpligen stimuleras?

Det är då först klart, att den otvetydiga nedvärdering av barntandvården, som bland annat kan taga sig uttryck i en lägre lönesättning för

barntandläkare än för andra tjänstetandläkare, måste bort. För det andra anser jag en större differentiering i tjänstetyperna överhuvud vara nödvändig. Redan 1946 års folktandvårdssakkunniga voro — ehuru visserligen inte helhjärtat — inne på denna tanke, dock som vi veta, utan resultat. Sedermera ha vid flera tillfällen tandläkarnas organisationer framfört önskemål om en uppmjukning av de statliga författningarna rörande arbetstidens längd och förläggning, nu senast i samband med den av byråchefen Broomé företagna utredningen angående bland annat tjänstgöringstiden för tandläkare inom folktandvården.

När önskemål om förkortat arbetsår eller förkortad daglig arbetstid framförts från barntandläkarhåll, har det oftast skett med den huvudmotiveringen, att barntandvården vore mera tröttande och enerverande än annan tandvård. Ännu efter 23 års verksamhet inom både barn- och vuxentandvård vågar jag inte med säkerhet yttra mig om detta spörsmål. Jag håller det emellertid för troligt, att så verkligen är förhållandet — i allt fall gäller detta förskolebarn och svårbehandlade barn ur alla åldersgrupper. Objektiva bevis på den generella riktigheten av påståendet äro av naturliga skäl svåra att erhålla. Individuella variationer, både hos de behandlande tandläkarna och hos klientelet komma också här in i bilden. De objektiva bevisen synas mig emellertid inte helt nödvändiga i sammanhanget. Vad som däremot borde vara av betydelse för frågans bedömning är, att barntandläkare tydligen i stor utsträckning önska och verka för en kortare arbetstid i någon form; jag tror mig dessutom kunna påstå, att också många — företrädesvis kvinnliga — tandläkare, som nu äro verksamma inom andra typer av tandvård, inte skulle ha något emot att övergå helt till barntandvård, därest arbetstiden på ett eller annat sätt förkortades. Är detta påstående riktigt, lär man inte kunna komma ifrån, att en sådan förändring av arbetstiden verkligen skulle tillföra barntandvården mera och — som jag har skäl att antaga — permanent arbetskraft.

Det är dessutom i detta sammanhang nödvändigt att peka på det faktum, att många gifta kvinnliga arbetstagare måste och också vilja ägna tid åt hemmets och barnens skötsel och

att de därför — åtminstone periodvis — få en onormalt stor arbetsbörda. Med den för dagen utpräglade bristen på hemhjälp är detta förhållande ett icke oviktigt socialt problem, vars existens det inte lönar sig att av ett eller annat skäl förneka; därtill föreligga redan alltför många talande bevis. Här skulle sannolikt en större elasticitet i arbetstidsbestämmelserna och anställningsformerna göra nytta.

Efter vad som här sagts, skulle jag kort vilja sammanfatta mina synpunkter på frågan, hur barntandvården borde kunna utökas, effektiviseras och stabiliseras, sålunda. Lika lönesättning för barntandläkare och annan tjänstetandläkare i förhållande till arbetstidens längd borde överallt vara en självklar sak. En större möjlighet till differentiering av tjänstetyperna skulle — genom förändring av de statliga författningarna i ämnet — genomföras. Därvid borde särskilt uppmärksammas den form av tjänst, som tidigare var den vanliga inom skoltandvården — nämligen arbete enbart under "skoltid" och skolår. Sedan tillräcklig garanti skapats för, att sådana rena barntandläkartjänster utan större svårighet kunde besättas med innehavare — men heller inte dessförinnan — kunde man tänka sig att polikliniker mera allmänt utplacerades vid skolorna, en anordning som jag föreställer mig skulle underlätta behandlingen och i vart fall i hög grad minska den nu ofta förekommande spilltiden genom patienternas uteblivande.

Tandvårdsinspektören i Jönköping *Gunnar M. Dahl:*

Min lilla artikel avser att fästa uppmärksamheten på en väg ur den återvändsgränd, där vi hamnat med våra tandvårdsproblem. Tandvårdsbekymren är i full färd med att växa svenska samhället över huvudet, det är i dag allmänt känt och omvittnat. Tandförfallet — vår mest utbredda och dyrbaraste s.k. folksjukdom — är enligt mitt förmenande ett symptom på ett sig utbredande förfall av allmän art hos den civiliserade människan och icke ett lokalt tandproblem. Jag tillåter mig påpeka, att det faktiskt finns kurativa och profy-

laktiska metoder, beprövade sedan årtusenden och värda att sätta in i kampen för en bättre folkhälsa. Jag antyder också en tänkbar utväg genom utbildning och insats av specialiserade barntandläkare, vilkas arbetsuppgifter huvudsakligen skulle ägnas en förebyggande tandhälsövård.

Min artikel är ett inlägg i den socialpolitiska debatten. Därför hade det ju också varit önskvärt att få föra vidare diskussion ur denna synvinkel och icke ur snävt odontologisk.

Emellertid: Kollega Wennberg anser, att jag — till och med utan Vetenskapens stöd — propagerar för att tandkaries skall betraktas såsom en arvshistoria.

När jag använder uttrycket "tandemaljens och dentinets reaktion på olika genetiska faktorer" framgår det tydligt av sammanhanget, att jag avser de patogenetiska och hygienetiska faktorer, som påverkar tandvävnaderna och ger den bild, som vi kallar karies. Några gener i bemärkelsen arvsfaktorer var det aldrig tal om i det sammanhanget. Jag framhåller också, att tanden ännu ej i önskvärd omfattning observerats såsom ett självregistrerande instrument i samband med att jag talar om att *dåligt tandstatus aldrig påträffas som isolerad företeelse hos en för övrigt sund och välutvecklad individ*. Denna synkronisering mellan dåligt tandstatus och sned- och underutveckling av hela skelettsystemet, mest påfallande i ansikts-skelettet, har särskilt dokumenterats av amerikanen Weston Price. Att påpeka detta sakförhållande liksom att beklaga, att det uppenbarligen ej tillräckligt beaktats, utgör intet förbiseende av att professor Westin på 20—30-talen redogjorde för skorbutiska förändringar i tand och pulpa.

Med tillfredsställelse noterar jag, att herr Wennberg och jag är överens om att man ifråga om fluorbehandling ännu varken står på vetenskapens nivå eller erfarenhetens fasta mark. Fluorbehandling — som i viss mån kan betraktas som en balsamering av levande vävnad — kommer näppeligen att kunna ge oss tillbaka på en gång tidigare generationers välvuxna ansikten (se skelettarkiven) och goda bett. Det är väl dock helheten, som bör vara målet för all framstegsvänlig socialpolitik?

Herr Wennberg anför emot mig ett uttalande

av medicinalrådet Maunsbach 1944. Detta är verkligen icke relevant. Sedan dess har både Vipeholmsundersökningens resultat och krigstidens erfarenheter tillkommit.

Den av mig genomförda och återopade barnhemsundersökningen (omfattande ett 40-tal barn) ingår i en rapport till Medicinalstyrelsen 1948. Den är icke enastående eller epokgörande. I litteraturen redovisas flera liknande och entydiga.

Herr W. menar, att en tandkariesprofylax på det kosthygieniska planet skulle betyda "undertryckande av social frihet". Är det icke sådana påståenden, som hör till kategorien demagogi?

Var i min framställning finner herr W. något som antyder tanken på tvångsåtgärder beträffande svenska folkets måltidsvanor? Där talas om skolundervisning och samhällelig information samt om skatteläggning på mindre hälsosamma födoämnen och livsmedel. Det är väl dock ett faktum att lyxkonsumtionsvolymen är för hög. Vi har t. ex. inte råd att bygga tillräckligt med bostäder. Vore det inte tänkbart, att många *frivilligt* skulle välja en bostad framför lyxförnödenheter, om de fick en *effektiv* upplysning om att här verkligen föreligger ett val? Det finns emellertid en diktatur — framtidsutvecklingens och det biologiska skeendets — som gör att de västerländska folken för att överleva måste effektivt tillvarata sina egna resurser — även folkmaterialet. Icke är väl vår sociala frihet så intimt sammankopplad med tandlöshet, förkrympta ansikten och långa rader av civilisationssjukdomar, att dessa saker icke skulle kunna åtskiljas? Herr W. anser tydligen, att det svenska samhällets "höga levnadsvanor" icke bör eller kan rubbas. Kaffe och wienerbröd, snack, glass, läskedrycker, tårta dagen lång och mer och mer sällan en riktig måltid, är detta "höga levnadsvanor"? Dåliga tänder och moralisk och kulturell hemlöshet följas åt. Min önskedröm är, att här i landet varje människa skulle kunna få njuta en tand- och hälsofrämjande matkultur. Men — liksom all kultur — fordrar även denna naturligtvis en viss uppfostran och icke minst en vardagens återhållsamhet.

Vad beträffar mina synpunkter på speciellt barntandläkarna förvånar det mig, att därav verkligen inte kan utläsas, att jag önskar —

icke en lägre utbildning men en mer specialiserad. Med andra ord en högre realkompetens för de speciella uppgifter, som antytts. Kunskaper i sådana ämnen som t. ex. näringslära, psykologi, sociologi och offentligt uppträdande borde förvisso inte betyda en sänkning av kompetens. Och märk väl, det gäller ett i stor utsträckning annat arbetsfält än de nuvarande tandläkarnas.

Jag är helt ense med herr Wennberg, att barntandvård i dag icke är enklare än något annat fält av odontologien men jag anser också att den borde kunna bli enklare genom en annan primär inställning till förebyggande vård. Och härför behövs specialiserade, utövande organ. Det räcker inte med att — såsom herr W. omtalar — de i social och privat tandvård arbetande tandläkarna om och om igen i det uppväxande släktet söker inpränta kostens och munhygienens betydelse.

Jag hävdar bestämt, att barntandvård icke enbart — eller framför allt — och alltså bör bestå i extraktion, rotfyllningar och s. k. konserverande behandling. Barntandvård bör i minst lika hög grad utgöras av sådana åtgärder, som är profylaktiska och kurativa och som kan resultera i en bestående minskning av

kariesfrekvensen. Om det vore så, att vårt tandvårdsproblem verkligen skulle kunna lösas genom utsträckt undervisning i t. ex. internmedicin och pulpakirurgi, då skulle jag vilja gå längre än herr W. och förorda full kompetens som internmedicinare och pulpakirurg för dessa prospektiva barntandläkare. Men jag tror för min del inte på den linjen lika litet som jag tror på att vårt folks tandvårdsproblem lösas genom lönepolitiska diskussioner.

Visserligen måste lönepolitiken för mycket stor procent av tandläkarkåren vara av utomordentlig betydelse — men en i dagens läge ofta irreparabel karies hos det unga släktet kan nog också avskräcka många, även om det ekonomiska perspektivet vore aldrig så gynnsamt.

En specialiserad tandläkarutbildning måste anses vara ett hjälpmedel att mera rationellt tillvarata studietiden med tanke på de alldeles speciella organisatoriska och profylaktiska arbetsförhållanden, vilka en snar framtid torde göra nödvändiga.

Herr Wennberg frågar: "Hur skall antalet odontologer kunna ökas"? Jag frågar: Hur skall tandförfallet kunna minskas?

Detta är grundskillnaden i vår respektive inställning till problemen.

MEDDELANDE

Stockholms stads forskningsstipendier

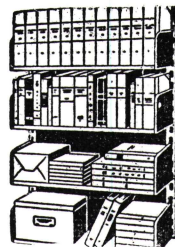
För utgivande av bidrag till vetenskapligt forskningsarbete — företrädesvis av samhällsvetenskaplig och allmän kulturell art — som bedömes vara av särskild betydelse för den kommunala verksamheten inom Stockholms stad, finnes för innevarande år tillgängligt ett belopp av 100.000 kronor.

Bidragsansökan, som skall vara upprättad i två exemplar enligt särskilt formulär, ingives till Stadskollegiet, Stadshuset, Stockholm, senast den 28 februari 1957. Ansökningsformulär tillhandahållas å *stadskansliet*, *Stadshuset*. Muntliga förfrågningar om forskningsstipendierna besvaras av intendent J. H. Martin, Vasagatan 4, tel. 22 35 80.

Stadskollegiet

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparings

Stockholm Ö

Försäljnings-avd.: Karlavägen 89

Tel. 67 36 50 — 67 76 75