

## 4 Tandvårdens struktur

### 4.1 Verksamhetens struktur

Enligt direktiven för Samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. (dir. 2000:65) skall utredaren belysa den framtida tillgången på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens. Mot denna bakgrund skall utredaren lämna förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samt främjar effektivitet och samarbete inom tandvården. Tandvårdens kompetens- och resursbehov skall härvid även belysas utifrån ett integrationsperspektiv.

Den demografiska utvecklingen i industriländerna utgör såväl problem som möjligheter för vårdsektorn. Var femte svensk var år 2000 över 65 år och denna grupp kommer att utgöra en växande men också attraktiv marknad för alla aktörer inom vården. Enligt SCB:s prognoser kommer den åldersgruppen att öka med nästan en halv miljon personer fram till år 2015.

Kompetensbehoven påverkas av de förändringar som sker i omvärlden. Ett flertal landsting har genomfört projekt med fokus på framtida kompetens inom hälso- och sjukvård/tandvård.

I rapporten *Norrsyn 2010* presenteras ett projekt som genomförts av landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland. Huvudsyftet var att med utgångspunkt från alternativa framtidsbilder skapa underlag för bedömning av framtida kompetensbehov och föreslå åtgärder för att möta dessa behov. Man ville dessutom utveckla kunnandet vad gäller framtidsfrågor samt finna nya regionala samarbetsformer.

Ett liknande projekt har också genomförts i Landstinget i Kalmar län, *Kompetens 2010*. Även här har man arbetat med utgångspunkt från scenariometodik med syftet att belysa de kommande tio årens kompetensbehov.

*Teknisk Framsyn* är ett nationellt projekt som vill skapa insikt och visioner om teknikutvecklingen under de närmaste tio, tjugo

åren. Projektet vill också visa på lämpliga inriktningar för utbildning, forskning och utveckling som kan bidra till att främja det svenska samhällets utveckling. Åtta s.k. paneler har studerat olika framsynsområden. Ett av dessa framsynsområden var Hälsa, medicin och vård. I slutrapporten, *Teknisk Framsyn, Hälsa, medicin och vård* (2000) konstateras att svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar, vilka kräver förutseende politiska beslut. Man listar ett antal drivkrafter för en positiv utveckling och motkrafter som kan störa en sådan. Även i denna rapport lyfter man frågan om behov av nya kompetenser.

I kapitel 2, Utvecklingslinjer, har de olika framtidsprojekten beskrivits mera detaljerat.

#### 4.1.1 Scenarier i framtidens tandvård

Samma påverkansfaktorer finns inom tandvården som inom hälso- och sjukvården. Inte enbart demografin påverkar framtiden utan också ett stort antal andra faktorer. När Socialstyrelsen började få rapporter om att stora förändringar pågick inom tandvården vad avsåg olika personalkategoriernas numerär och arbetsuppgifter, beslutades att ett särskilt projekt skulle startas i syfte att samla så mycket information som möjligt om situationen inom tandvården och samhällsplaneringen i övrigt. Rapporten *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården* (rapport december 1999) innehåller dels aktuella bakgrundsuppgifter om tandvården ur olika aspekter samt olika framtidsstudier, dels ett antal diskussionsavsnitt där tänkbar utveckling av den framtida tandvården beskrivs, liksom hur arbetsuppgifter och kompetensfördelning mellan olika personalkategorier skulle kunna utformas i framtiden. Bland de största förändringarna inom svensk tandvård under de närmaste tio åren nämndes minskningen av antalet tandläkare i förhållande till antalet tandhygienister, vilket kommer att kräva nya vårdmodeller. Avsaknaden av tandsköterskeutbildning i framtiden nämns också i rapportens probleminventering. Patienterna blir mer medvetna och kunniga och teledontologin kommer att påverka vårdens utformning. Också internationaliseringen lyftes fram som en viktig förändring.

Avseende skattat antal yrkesverksamma tandläkare och tandhygienister under de närmaste 20 åren, bedöms förändringar vad gäller antalet tandläkare fram till år 2010 bli plus minus noll under

förutsättning att antalet nyutexaminerade tandläkare uppgår till 160 per år och det inte förekommer någon nettoförlust på grund av in- och utvandring. För perioden 2010–2020 anses dock att en minskning av antalet yrkesverksamma tandläkare kan komma att uppgå till drygt 1 000. När det gäller tandhygienister beräknas en ökning av antalet yrkesverksamma till omkring 3 400 år 2010 med nuvarande utbildningskapacitet och yrkesverksamhetsgrad.

Vid den analys som gjordes inom *Norrsyn 2010* använde man sig av tre olika perspektiv: tekniskt/vetenskapligt, administrativt/ekonomiskt samt personorienterat. Nya mönster, existerande mönster och strukturer som förändras eller försvinner samt nya kompetenser som bör utvecklas eller vidgas inom hälso- och sjukvård/tandvård för att kunna möta framtiden identifierades. Några exempel:

- Reell kompetens är viktigast men den formella kompetensen är basen.
- Generalistkompetens kommer att uppvärderas.
- Distansutbildning utvecklas.
- Tvärvetenskaplig och gränsöverskridande forskning bedrivs t.ex. över yrkesgränserna.
- Strikta hierarkier och starka revir avskaffas.
- En del administrativa uppgifter försvinner och/eller blir mindre platsberoende.
- Förmågan att tillvarata kulturell mångfald utvecklas.
- Ökad kunskap inom ett flertal områden bl.a. folkhälso-kunskap, omvårdnad och äldre.
- Ett gemensamt basår för alla vårdutbildningar och utbildningar av beteendevetare på högskolan.

Många av förslagen handlar om ett förändrat ledarskap, karriärutveckling, nya arbetsformer, nytänkande och ny organisation. Tandvården föreslås få utökade uppgifter i folkhälsoarbetet utifrån sitt kontaktmönster och sina kunskaper om prevention. Ett antal förslag handlar också om nya utbildningar, yrken och kompetenser.

I framtidsperspektivet förutspår scenariodeltagarna en ökad efterfrågan på tandhygienister. Vad gäller tandläkare och tandsköterskor kommer efterfrågan däremot att minska beroende på en ändrad arbetsorganisation där tandhygienister tagit över många av dessa yrkesgruppers nuvarande uppgifter.

#### 4.1.2 Tandvårdens utmaningar

Hälsa, medicin och vård är starkt förknippade med samhällets åtaganden gentemot medborgarna. Därför hänger, förutom den snabbt ökande kunskapsmängden inom biomedicinsk forskning, visioner om framtida möjligheter och teknikutveckling starkt samman med strukturomvandlingar inom de offentliga välfärdssystemen, politiska trender och Sveriges anpassning till omvärlden – framför allt EU. Tänkbara tekniska framsteg och hur marknadsutvecklingen kan se ut om tio till femton år kommer att påverka såväl verksamhetens struktur som organisation.

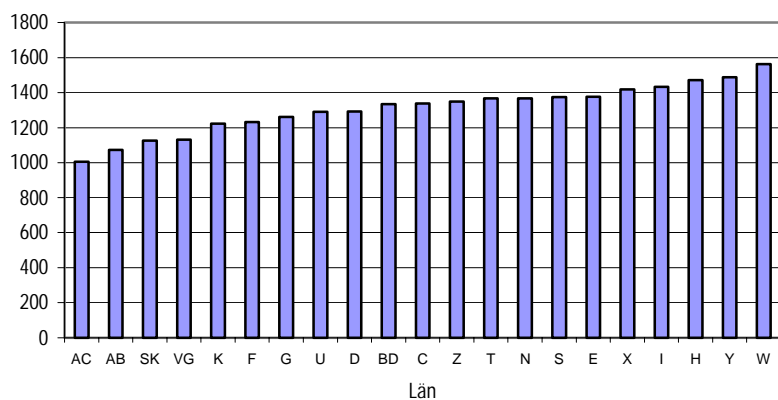
Vi måste skaffa oss handlingsberedskap för att kunna hantera ökade globala influenser och tekniska förändringar och försöka förutse vilka förändringar av struktur och arbetssätt som kommer att behövas i tandvården för att möta ökade behov och större möjligheter inom ramen för begränsade resurser.

Befolkningsutvecklingen med en ökad andel äldre med allt fler tänder i behåll och med allt större krav på oral hälsa och oral komfort bidrar till en starkt ökad värdefterfrågan. En fortsatt god samhällsekonomisk utveckling ökar inte enbart förutsättningarna för förbättringar avseende tandvårdsstödet utformning och finansiering utan bidrar också till att den egna betalningsförmågan ökar. Detta torde innebära att allt fler kan få tillgång till kvalificerad tandvård, vilket på sikt upprätthåller en fortsatt stor värdefterfrågan.

Emellertid förutses också ett flertal försvärande faktorer vad beträffar tillgången till tandvård. Redan idag är tandvårdsresurserna ojämnt fördelade över landet. Detta medför att det i flera landstingsområden råder långa väntetider till tandvård.

De två följande diagrammen visar tandvårdsresursernas fördelning.

Antal invånare per yrkesverksam tandläkare inom landsting och privat verksamhet år 2001 fördelade efter län.

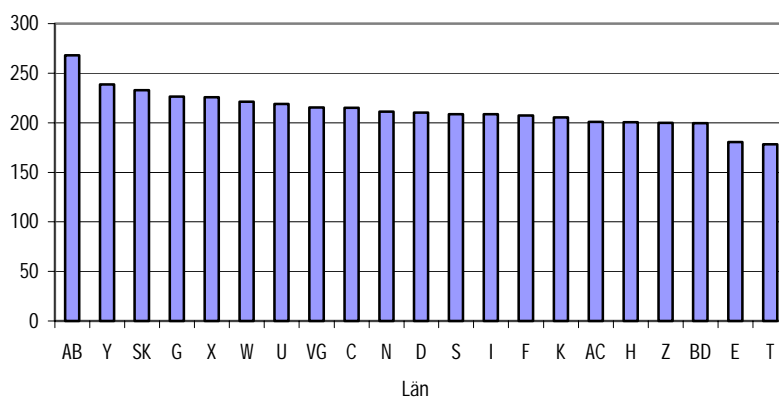


Källa: Landstingsförbundet och Sveriges Privattandläkarförening

I ovanstående diagram framgår att tandläkartillgången är störst i de fyra län där tandläkarutbildning bedrivs och variationen i antal invånare per yrkesverksam tandläkare är här liten. Antal invånare i landet per tandläkare varierar från cirka 1 000 i Västerbotten (AC) till nästan 1 600 i Dalarna (W). God tandläkartillgång kan dock vara något missvisande. En ojämn spridning över länet medför ofta att tandläkartillgången i de större tätorterna är god på bekostnad av andra delar av länet.

Försäkringsersättningen per invånare, som visas i följande diagram, varierar mellan cirka 180 kronor och 270 kronor med ett genomsnittligt uttag på 225 kronor per invånare i landet. Högsta uttaget per invånare har Stockholm (AB) medan Örebro (T) har det lägsta uttaget. De flesta län i landet ligger tämligen väl samlade med försäkringsersättningar på omkring 200 kronor per invånare.

## Försäkringsersättning per invånare 20 år och äldre år 2001 fördelade efter län



Källa: Riksförsäkringsverket

Socialstyrelsen genomförde i september 2001 en enkät om väntetiderna inom folktandvårdens allmäntandvård avseende väntetider för nytillkommande vuxna patienter. Två huvudmannaområden uppgav att de inte kunde ta emot nya patienter överhuvudtaget. Högst noterade väntetid för någon klinik var 48 månader. Tjugosex procent av samtliga kliniker har redovisat att de inte har väntetider för nytillkommande patienter medan 13 procent av samtliga kliniker har mer än 24 månaders väntetid. De kliniker som redovisat de längsta väntetiderna är övervägande kliniker i glesbygd.

I en annan enkät från Socialstyrelsen i september 2001 efterhöordes om folktandvårdens önskan att anställa fler tandläkare inom allmäntandvård och specialisttandvård. Motsvarande enkät genomfördes senare avseende situationen den 1 mars 2002. Om svaren korrigeras för bortfall, dvs. att enbart antalsuppgifterna från de landsting som svarat båda gångerna summeras, har situationen i stort inte förändrats mellan de två mättillfällena för landet som helhet vad avser behov av allmäntandläkare. Man har fortfarande önskan att anställa cirka 230 tandläkare inom allmäntandvården. Vad gäller önskan att anställa specialister kan en viss minskning noteras mellan de båda mättillfällena, kanske beroende på att man lyckats rekrytera fler specialister under de gångna sju månaderna.

Sammanlagt fanns i mars 2002 behov av att anställa 74 specialister jämfört med 95 i september 2001. De största behoven anges för specialiteterna ortodonti och pedodonti.

Socialstyrelsen har också i samverkan med Sveriges Privattandläkarförening i december 2001 genomfört en enkät till privattandläkare om möjligheter att ta emot nya patienter. På frågan om tandläkaren hade möjlighet att ta emot nya patienter svarade 84 procent ja. Flertalet av dem som kunde ta emot nya patienter, nästan 90 procent, uppgav att nya patienter kunde tas emot inom tre månader. Femtiofem procent svarade att de kunde ta emot nya patienter för fullständig behandling omedelbart. Det föreligger således en potential hos privattandläkarna att balansera den brist-situation på vårdresurser som finns inom folktandvården. Enkäten till privattandvården ger dock ingen information om vårdresurserna därmed skulle kunna bli jämnare fördelade över landet eftersom det inte går att utläsa huruvida den extra kapacitet som finns inom privattandvården finns på de orter där resursbrist råder inom folktandvården. Sannolikt är den största extra kapaciteten inom privattandvården koncentrerad till tätorter.

Svensk tandvård står inför sin kanske största utmaning, nämligen att optimalt utnyttja den befintliga personalens kompetens så att det inte uppstår brist på den mest utbildade arbetskraften om det finns personal med kortare utbildning som skulle kunna fullfölja vissa av dennas arbetsuppgifter. Medlemskapet i EU har öppnat en stor arbetsmarknad och många svenskar har redan sin yrkesverksamhet förlagd till annat land än Sverige. Med den, internationellt sett, höga kvalitet som svensk tandläkarutbildning har tillsammans med de svenska ungdomarnas goda språkkunskaper får vi räkna med att svenska tandläkare alltid kommer att utgöra attraktiv arbetskraft på andra marknader. Detsamma gäller även tandhygienister med svensk utbildning.

Det som ytterligare kan försämra läget är en accelererad utflyttning, tidigare pensionsavgångar, lägre sysselsättningsgrad och fortsatt ökning av långtidssjukskrivningarna.

## 4.2 Pensionsavgångar och personalbehov

### 4.2.1 Tandläkare

Sedan år 1990, då antalet yrkesverksamma tandläkare uppgick till cirka 9 600, har antalet reducerats med nästan 2 000. De tre senaste åren, 1999–2001, har antalet minskat med nästan 300 till cirka 7 600. Under den närmaste tioårsperioden kommer tandläkarkåren att reduceras ytterligare. Drygt 1 800 yrkesverksamma tandläkare uppnår under perioden nuvarande pensionsålder 65 år. Det bör noteras att en stor del av dem redan lämnat eller kommer att lämna yrket av olika skäl eller har sin yrkesverksamhet förlagd till annat land än Sverige. Av följande tabell framgår skillnaderna mellan antalet legitimerade tandläkare under 65 år och antalet yrkesverksamma åren 1998–2001.

Utredningen använder genomgående 65 år som gräns för yrkesverksam ålder. I annat sammanhang berörs möjligheten för vårdgivare att vara anslutna till tandvårdsförsäkringen till 67 års ålder samt utredningen *Avskaffande av åldersgränsen för vissa vårdgivares rätt till offentlig ersättning samt översyn av förutsättningarna för överlåtelse av privat vårdetablering* (dir. 2001:119).

*Antal legitimerade tandläkare i yrkesverksam ålder (under 65 år) och antal yrkesverksamma tandläkare under åren 1998–2001*

	1998	1999	2000	2001
Legitimerade	11 171	11 237	11 193	11 115
Yrkesverksamma	7 667	7 873	7 722	7 594

*Källa:* Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Sveriges Privattandläkarförening

En viss tendens till minskning kan konstateras såväl mellan åren 1999–2000 som mellan åren 2000–2001.

Den följande tabellen visar åldersfördelningen bland yrkesverksamma tandläkare i Sverige år 2001. Uppgifter avseende antal anställda tandläkare i landstingen har erhållits från Landstingsförbundet. Antal yrkesverksamma tandläkare i privat sektor har baserats på uppgifter från Sveriges Privattandläkarförening. Nittiofem procent av privattandläkarna är medlemmar i Sveriges Privattandläkarförening. Antalsuppgifterna har därför räknats upp med



fem procent i alla åldersklasser för att erhålla totala antalet privat-tandläkare.

*Antal anställda tandläkare i landstingen (Landsting) samt antal privattandläkare (PT) fördelade efter ålder år 2001*

Ålder	Landsting	PT	Totalt
25–34 år	599	153	752
35–44 år	1 022	869	1 891
45–54 år	1 610	1 415	3 025
55–64 år	1 050	770	1 820
Totalt	4 281	3 313	7 594

*Källa:* Landstingsförbundet, Sveriges Privattandläkarförening.

Ovanstående tabell visar att drygt 1 800 yrkesverksamma tandläkare uppnår nuvarande pensionsålder, 65 år, fram till år 2011. Under de sex senaste åren har antalet tandläkare med utländsk utbildning, som erhållit svensk legitimation, ökat påtagligt, vilket framgår av följande tabell.

*Antal utfärdade tandläkarlegitimationer per år under åren 1996–2001 samt andelen utländskt utbildade*

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Antal totalt	384	301	288	277	173	176
Därav:						
Svensk utbildning	368	282	259	240	138	133
Utländsk utbildning	16	19	29	37	35	43
Andel utl. utbild. (%)	4,2	6,3	10,1	13,4	20,2	24,4

*Källa:* Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal

Under 1990-talet minskades antalet utbildningsplatser på tandläkarlinjen till 180. Det reducerade antalet utbildningsplatser har nått full effekt vad gäller antalet legitimationer fr.o.m. år 2000, vilket återspeglas i tabellen. Trots att överintag görs på samtliga utbildningsorter når ändå inte examinations- och legitimationsvolymen upp till de 180 tandläkare som statsmakterna avsett att universitetet och högskolorna skall utbilda. Antalet tandläkare

med utländsk utbildning har ökat påtagligt och har de tre senaste åren legat omkring 40. År 2001 utgjorde andelen tandläkare med utländsk utbildning nästan en fjärdedel av alla tandläkare som erhöll legitimation.

Den stora ökningen av antalet utländska tandläkare beror sannolikt på att de svenska landstingen varit lyckosamma i sin rekrytering utomlands. Bl.a. har Polen, Belgien och Tyskland hittills varit rekryteringsländer och utredningen har erfarit att utlandsrekryteringen kommer att fortsätta.

Medlemskapet i EU med en öppen arbetsmarknad har således inte ensidigt medfört en utflyttning av arbetskraft. Sverige utgör också en attraktiv arbetsmarknad för akademiker från andra länder. Både Sverige och andra EU-länder kommer med stor sannolikhet att locka till sig tandläkare från de nuvarande "kandidatländerna". Det som för Sveriges del skulle kunna tala emot en större inflyttning, trots goda utkomstmöjligheter, är att det svenska språksområdet är litet. Det kan därför vara mera lockande att bosätta sig i ett land med ett språk som man redan har grundkunskaper i jämfört med ett land, där man i vuxen ålder måste börja lära sig ett helt nytt språk.

Som tidigare nämnts har redan många svenska tandläkare sin yrkesverksamhet förlagd till annat land än Sverige. Den svenska tandläkarsammanslutningen i England, Swedish Dental Society of England, uppger att i maj 2002 är 847 svenska tandläkare yrkesverksamma där. Även i Norge har ett större antal svenska tandläkare varit yrkesverksamma. Enligt uppgift från Hälsodepartementet i Norge har antalet svenska tandläkare i offentlig tjänst minskat från 95 år 1999 till 47 år 2001.

Om en svensk tandläkare har för avsikt att arbeta i annat land än Sverige erfordras ett intyg om "good standing" från Socialstyrelsen, som skall bifogas ansökan om legitimation. Uppgifter från Socialstyrelsen visar att antalet intyg som utfärdats de tre senaste åren nådde sin kulmen år 2000 då 590 intyg utfärdades. År 2001 utfärdades 355 intyg, vilket kan tolkas som att den svenska arbetsmarknaden är attraktivare än för några år sedan.

Med nuvarande examinationsvolym kan pensionsavgångarna fram till år 2011 inte kompenseras fullt ut med tillskott av nyutexaminerade tandläkare ens om samtliga skulle välja att bli yrkesverksamma i Sverige. För detta krävs att examinationen skulle motsvara det avsedda antalet 180 per år. Dessutom råder redan idag

en viss brist med utgångspunkt från uppgifter som folktandvårdsorganisationerna lämnat till Socialstyrelsen.

Utredningen bedömer att det torde vara möjligt att bibehålla tandläkarresurserna på dagens nivå, omkring 7 600 yrkesverksamma tandläkare, också om tio år. För att detta skall kunna uppnås krävs att antalet utbildningsplatser är oförändrat, dagens examinationsvolym ökar något, antalet utflyttningar respektive pensionsavgångar inte ökar och att antalet rekryteringar från andra länder inte nämnvärt minskar. Därtill förutsätts att långtidssjukskrivningarna inte nämnvärt ökar från dagens nivå.

Prognoser är dock alltid behäftade med svagheter. Även med de förutsättningar som utredningen skisserat kan t.ex. en kraftig och bestående efterfrågeökning på kronor, broar och implantat leda till att tandläkarresurserna inte räcker till. Resurserna är ju också beroende av sysselsättningsgraden. Vidare kan aviserade förändringar i arbetslagstiftningen med kortare arbetstid som följd medföra en minskning av antalet årsarbeten inom samtliga personal-kategorier.

Socialstyrelsen har i regeringens regleringsbrev för år 2002 fått i uppdrag att ta fram underlag för bedömningen av tandvårdens behov av tandläkare och tandhygienister och årligen rapportera detta till regeringen. Bedömningar av den framtida utvecklingen skall också göras.

Ett oförändrat antal tandläkare garanterar heller inte att resursfördelningen över landet blir jämn. En ökad koncentration till storstadsområdena kan uppstå. Detta innebär att allt fler får resa till dessa för att få tandvård.

#### 4.2.2 Tandsköterskor

När det gäller tandsköterskekåren finns inga exakta uppgifter om dess storlek. Landstingen har drygt 8 000 anställda tandsköterskor. Utredningen har med ledning av denna uppgift uppskattat det totala antalet yrkesverksamma tandsköterskor i landet till 14 000 och samtidigt förutsatt att åldersstrukturen hos privat- och högskoleanställda tandsköterskor är densamma som hos de landstingsanställda. Med utgångspunkt från åldersstrukturen hos anställda tandsköterskor i landstingen har utredningen bedömt att sammanlagt omkring 3 100 tandsköterskor uppnår pensionsåldern 65 år under den närmaste tioårsperioden, dvs. till och med år 2011.

Något tillskott av nyexaminerade för att kompensera för pensionsavgångar är inte automatiskt att förvänta eftersom omvårdnadsprogrammets "gren tandvård" i gymnasieskolan lagts ner bl.a. på grund av att man inte lyckats locka till sig elever. Utredningen har redan tidigare uttalat att tandsköterskorna är en yrkesgrupp som tandvården fortsatt kommer att behöva. Dagens tandsköterskor besitter stort kunnande och hög kompetens inom sitt yrkesområde och kan inte ersättas av andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård. Utredningen tar i kapitel 5, Tandvårdsutbildningarna, upp de diskussioner som förts med utgångspunkt från behovet av utbildning.

#### 4.2.3 Tandhygienister

I Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal framgår att det vid utgången av år 2001 fanns sammanlagt 3 534 legitimerade tandhygienister i yrkesverksam ålder, dvs. under 65 år. I nedanstående tabell anges antalet yrkesverksamma tandhygienister i olika åldersgrupper. Det totala antalet yrkesverksamma uppskattas till drygt 2 500, varav drygt 1 500 är anställda i landstingen och knappt 1 000 är egna företagare eller anställda i privat verksamhet.

*Antal yrkesverksamma tandhygienister fördelade efter ålder år 2001*

Ålder	Antal
–24 år	49
25–34 år	455
35–44 år	704
45–54 år	874
55–64 år	455
Totalt	2 537

*Källa:* Landstingsförbundet, SRAT

Det föreligger en differens på nästan 1 000 personer när man jämför antalet legitimerade med antalet yrkesverksamma. Det är svårt att förklara den stora skillnaden. En del har sannolikt lämnat tandvården för andra yrken, andra kan fortfarande finnas kvar inom

tandvården men på andra befattningar än som tandhygienist. Vidare har enligt uppgift från Sveriges Tandhygienistförening något hundratal sin yrkesverksamhet utanför Sverige.

Tandhygienister är den yrkesgrupp som är "yngst" i tandvården. Pensionsavgångarna bland tandhygienister jämfört med övriga personalkategorier inom tandvården är mycket måttliga. Sammantaget uppnår inte fullt 500 legitimerade tandhygienister pensionsåldern 65 år fram till år 2011.

Med nuvarande examinationsvolym, cirka 195 tandhygienister per år, ökar tandhygienistkåren totalt med cirka 1 500 personer under kommande tioårsperiod.

Mot bakgrund av att utredningen förutser en ökad efterfrågan på tandvård i form av kronor, broar och implantat kommer tandläkarens resurser att i stor utsträckning efterfrågas för arbetsuppgifter som denne är ensam om att ha kompetens för. Med en förändrad arbetsorganisation skulle en stor del av sådana arbetsuppgifter, som redan ligger inom tandhygienistens kompetensområde med eget legitimationsansvar, kunna överföras från tandläkare till tandhygienister och medföra att både effektivitet och samarbete främjas. På så sätt skulle en tandläkarbrist kunna undvikas.

Knappare tandläkarresurser torde med nödvändighet bidra till krav på ett bättre utnyttjande av tandhygienisternas formella kompetens. Exempel på arbetsuppgifter och kompetensområden är primäransvar för barn- och ungdomstandvård samt revisionsundersökningar och förebyggande vård till patienter i olika åldersgrupper. Uppsökande verksamhet hos den allt större gruppen berättigade äldre samt undervisning av vårdpersonal ingår också i tandhygienistens kompetensområde.

#### 4.2.4 Tandtekniker

Regeringens proposition, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* (prop. 2001/02:51), som biträdades av riksdagen, kommer att medföra ökad efterfrågan på tandtekniska tjänster.

Enligt tillgänglig statistik från Landstingsförbundet och Tandteknikerförbundet/DR fanns det drygt 3 500 yrkesverksamma tandtekniker och tandtekniska biträden år 1990.

År 1996 upphävdes den reglering av priset på tandtekniska tjänster som funnits sedan tandvårdsförsäkringen infördes år 1974.

Det innebär att priset på den tandtekniska produkten sedan år 1996 ingår i det totala priset som tandläkaren begär för det protetiska arbetet.

Förändringar avseende ersättningen från tandvårdsförsäkringen för protetiska arbeten har genomförts ett flertal gånger sedan den infördes. Den största subventionsförändringen trädde i kraft i och med införandet av det reformerade tandvårdsstödet år 1999. Minskad subvention bidrog till en omfattande efterfrågeminskning på tandtekniska produkter. Detta har medfört ett stort antal företagsnedläggningar och många tandtekniker har varit tvungna att söka andra utkomstmöjligheter. Också i folktandvården, där det tidigare var vanligt att det fanns ett större centrallaboratorium och ett antal mindre servicelaboratorier i varje landstingsområde, har man minskat den tandtekniska verksamheten.

De tandtekniker som lämnat yrket för flera år sedan kanske inte längre utgör en potential som kan utnyttjas vid en eventuell bristsituation. Bl.a. kan teknik/metod- och materialutvecklingen utgöra hinder för att återuppta yrket.

I följande tabell redovisas åldersstrukturen hos de yrkesverksamma tandteknikerna i landet.

*Yrkesverksamma tandtekniker år 2001 fördelade efter ålder. Antal anställda i landstingen (Landsting) samt i privat verksamhet (Privata)*

Ålder	Landsting	Privata	Totalt
25–34 år	17	134	151
35–44 år	40	305	345
45–54 år	89	388	477
55–64 år	80	295	375
Totalt	226	1 122	1 348

*Källa:* Landstingsförbundet, Tandteknikerförbundet/DR

Uppgifterna från Tandteknikerförbundet/DR bygger på en av förbundet genomförd enkätundersökning. Sammanlagt utsändes 738 enkäter. Svarsfrekvensen var 80 procent. Antalsangivelserna grundas på svar från 561 registrerade laboratorier. Av de 584 laboratorier som besvarade enkäten var 23 nedlagda eller vilande.

Enligt Läke medelsverket finns det sammanlagt 710 registrerade tandtekniska laboratorier i landet år 2002.

Av tabellen ovan framgår att antalet yrkesverksamma tandtekniker minskat till drygt 1 300 från omkring 3 500 sedan år 1990, dvs. en minskning med mer än 60 procent. Enkätssammanställningen visar att det utöver tandtekniker också finns 150 yrkesverksamma tandtekniska biträden.

Pensionsavgångarna uppskattas till knappt 400 under den närmaste tioårsperioden, dvs. fram till år 2011. Examinationsvolymen har under de tre senaste åren uppgått till i medeltal 45 tandtekniker per år. Med nuvarande examinationsvolym skulle således pensionsavgångarna kunna kompenseras genom tillskott av nyutexaminerade under förutsättning att de väljer att bli yrkesverksamma i Sverige.

Avseende tandtekniker är det ytterst svårt att prognostisera framtida behov. Behoven styrs bl.a. av tandvårdsförsäkringens utformning, som i sin tur påverkar tandvårdsefterfrågan och efterfrågan på tandtekniska arbeten. Vidare kan resurserna på tandläkarsidan, beroende på tandläkartillgång och vårdprioriteringar också styra efterfrågan på tandtekniska tjänster. Därtill kommer att tandteknikeryrket är ett internationellt gängbart yrke och även tandtekniska laboratorier i andra länder kan konkurrera om de tandtekniska arbetena i Sverige Dessutom kan teknik- och metodutveckling mot CAD/CAM medföra mindre behov av manuell tandteknik.

#### 4.2.5 Avskaffande av åldersgränsen

**Utredningen anser att beslut om att avskaffa åldersgränsen för vårdgivare inom tandvård avseende rätt till tandvårdsersättning bör fattas.**

Riksdagen har beslutat att arbetstagare fr.o.m. den 1 september 2001 alltid skall ha rätt, men inte skyldighet, att stanna kvar i anställningen till 67 års ålder. I propositionen (2000/01:211) anfördes bl.a. att en demografisk utveckling med stora pensionsavgångar kan föra med sig en period med allmän arbetskraftsbrist, vilket på sikt skulle kunna bli tillväxthämmande. En höjd åldersgräns bedömdes även kunna leda till att bristen på vårdgivarresurser på vissa ställen i Sverige avhjälpas. Emellertid anfördes att det inte är möjligt att bedöma hur många arbetstagare som kan komma att utnyttja möjligheten att kvarstå i anställning till 67 års ålder.

Tandvårdsersättning utbetalas inte av försäkringskassorna för arbete som utförts av tandläkare eller tandhygienist över 67 år. En särskild utredare har nu i uppdrag att utreda konsekvenserna av ett avskaffande av åldersgränsen när det gäller ersättning till läkare enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), till sjukgymnaster enligt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) samt till tandläkare och tandhygienister enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), (dir. 2001:119). Utredaren skall bl.a. analysera om det är ändamålsenligt att avskaffa åldersgränsen i syfte att bidra till att avhjälpa bristen på vårdgivare. Utredaren skall också, för det fall ett avskaffande av åldersgränsen föreslås, överväga behovet av att införa särskilda kontrollrutiner för att bedöma äldre yrkesutövares lämplighet. Utredaren skall senast den 31 januari 2003 lämna sitt betänkande till regeringen.

Inom tandvården förutses stor efterfrågeökning på kronor, broar och implantat när det förbättrade tandvårdsstödet för äldre träder i kraft den 1 juli 2002. Den potential som finns bland de drygt 100 privattandläkare, som uttalat att de fortsatt önskar vara yrkesverkamma men som inte kan få tandvårdsersättning efter 67 års ålder, är viktig att ta tillvara. Utredningen anser att beslut om att avskaffa åldersgränsen för vårdgivare inom tandvård avseende rätt till tandvårdsersättning bör fattas. Vad avser behovet att införa särskilda kontrollrutiner för att bedöma äldre yrkesutövares lämplighet vill däremot utredningen Tandvårdsöversyn 2000 inte föregripa det betänkande som skall lämnas senast den 31 januari 2003.

#### 4.3 Vårdmodeller – arbetsfördelning inom teamet

Det finns en uppenbar risk för att rekrytering av personal inom vård och omsorg, där tandvård ingår, blir allt svårare. Lönen är en faktor i ett yrkesval, men lika viktigt är det att kunna påverka, ställa krav och att vidareutvecklas. En allt mer specialiserad vårdpersonal och ett större utbud av arbetsgivare kommer också att leda till krav på högre lön. Parallellt med en bedömd ökad specialisering måste tandvården hantera riskerna med att mindre komplicerade arbetsuppgifter läggs på eller behålls av högutbildad personal. Ny teknik och nya kunskaper som bidrar till förenklingar medför ett kontinuerligt behov av att ompröva arbetsorganisationen och att se över arbetsfördelningen mellan tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor och andra yrkeskategorier inom tandvården. Fram-



tida personal- och kompetensstruktur måste balanseras mot vad som är realistiskt möjligt. Utmaningen de närmaste åren är att få till stånd en effektivare blandning av kompetenser och en ökad samverkan mellan yrkesgrupper så att samtligas reella kompetens kan tas tillvara bättre. Ändrad arbetsorganisation och personalstruktur samt ändrat arbetssätt bör kunna öka tillgängligheten till vård för patienterna.

Inom tandvården har teamarbete debatterats under många år och det finns en lång tradition att utnyttja personalens kompetenser i tandvården. Trots detta har den tidigare debatten om tandhygienisters och tandsköterskors lämplighet att utföra kliniskt arbete fortsatt långt in på 1990-talet. Det kan till viss del bero på att många tandläkare inte är medvetna om den kompetens och förmåga som personalen faktiskt har. Högskolorna har heller inte tränat tandvårdspersonalen att utnyttja varandras kompetenser maximalt. Även i andra länder förs en liknande debatt.

#### 4.3.1 Team och teamarbete

Att människor arbetar tillsammans är grunden för ett team och att arbeta tillsammans antyder att teammedlemmarna är kopplade till varandra på något sätt. Avseende teamets storlek anser man att det bör röra sig om en mindre grupp på mellan sex och tio personer. Större team riskerar att falla sönder i mindre grupper och därvid går synergieffekten förlorad. Inom teamet/gruppen finns kompletterande kompetenser så att teammedlemmarna tillför olika färdigheter och kunskaper. Det kan röra sig om både formell kompetens och reell kompetens men kan också bestå av personliga egenskaper som kommunikationsförmåga, problemlösningsförmåga och förmågan att stimulera andra. Det grundläggande tecknet för team är att gruppen har gemensamma mål och syftet med att arbeta i team är att åstadkomma mer tillsammans än vad som är möjligt genom att arbeta som enskilda individer.

Olhede ger i sitt examensarbete i folkhälsovetenskap, *Kompletterande team i tandvården. En enkätundersökning om arbetsfördelningen inom tandvårdsteamet hos tandläkare i Sverige* (MPH 2002:3, Nordiska Hälsovårdshögskolan), dels en bakgrund till teamarbete och en historisk återblick beträffande utvecklingen av teamarbete inom tandvården, dels en redovisning av arbetsfördelningen mellan personalgrupper i tandvården idag. Hon konstaterar utifrån resul-

taten i studien att det, trots att sex av tio tandläkare anser att det idag föreligger en lagom fördelning av arbetet inom teamet, fortfarande finns utrymme för en ökning. Mot bakgrund av att 80 procent av tandläkarna har en positiv attityd till teamsamarbete finns det idag goda möjligheter att utveckla tandvårdens arbetsorganisation bl.a. genom att utnyttja tandvårdsteamets kompletterande kompetenser.

#### 4.3.2 Arbetsorganisatoriska modeller

När allt fler patienter i huvudsak är friska är det önskvärt att de tas omhand på rätt kompetensnivå i teamet för de hälsokontroller som ändå behövs. I nära samarbete med tandläkaren kan tandhygienisten och ibland tandsköterskan ge en omvårdnad som motsvarar patientens behov.

I mitten av 1980-talet förekom intensiva diskussioner inom svensk tandvård om hur arbetsfördelningen skulle vara mellan tandläkare och tandhygienister. Samtidigt startade ett antal projekt inom folktandvården med s.k. teamtandvård där även tandsköterskor i viss utsträckning arbetade direkt med patienter.

Gustafsmodellen, ett försök som pågick åren 1987–1993, har utvärderats av Socialstyrelsen år 1995 i en rapport *Framtidens tandvårdsteam? Försöksverksamhet med tandhygienister i Gustafs*. Syftet var att undersöka om en organisation av arbetet vid en allmän-tandvårdsklinik baserad på låg tandläkarinsats och en hög insats av tandhygienister kan underhålla en patientpopulation med tandvård.

Utvärderingen visade att tandhygienisterna självständigt kan undersöka och ta ställning till vilka underlag för diagnostik som behövs före en kompletterande tandläkarundersökning och att de också självständigt kan ansvara för de regelbundna tandvårdsbesöken både ifråga om barn och ungdomar. Beträffande tandhälsa konstateras att man i barn- och ungdomsgrupperna fick hälsovinster i form av minskad kariesförekomst i samtliga åldersgrupper och i vuxenklientelet konstaterades tendens till en god hälso-utveckling. Produktionskostnaderna jämfört med konventionellt arbetssätt var desamma. Avseende den idealiska teamsammansättningen måste den utformas med utgångspunkt från patientsammansättningen och teamets personliga förutsättningar.

Gustafsmodellen har fått efterföljare såväl inom privat verksamhet som inom folktandvården.

Selmakliniken i Göteborg är också ett försök att skapa en klinikorganisation som är mer anpassad till framtidens förutsättningar. Med utgångspunkt i att generellt sett tandhälsan hos barn och ungdomar fortsätter att förbättras, framtidens unga vuxna kommer att ha ett relativt litet behov av tandsjukvård och att tandhälsan även för vuxna har förbättrats, har man byggt upp en folktandvårdsklinik bestående av team. Organisation och arbetssätt har mera utförligt beskrivits i kapitel 2, Utvecklingslinjer.

För tandläkarens del har arbetet förändrats till ett öppnare och rörligare arbete där samarbete, lagledning och tandläkarens mycket specialiserade kunskaper utnyttjas på bästa sätt. För övriga teammedlemmar har det inneburit att allas specifika kompetens har tagits tillvara.

Inom privattandvården förekommer såväl den tandläkarintensiva tandvården, dvs. där man arbetar med ett behandlingsrum och en tandsköterska, som tandvård där tandhygienister och tandsköterskor utför patientarbete, vilket förutsätter en mottagning med flera behandlingsrum.

Solo-group mottagningen är en kombination av de båda ovanstående. Solo-group förekommer såväl inom offentlig tandvård som inom privattandvård men är vanligare hos privata vårdgivare. Inom privattandvården delar två tandläkare med var sitt team och åtskild ekonomi på en mottagning genom schemaläggning i ett tvåskiftssystem. Därigenom uppnås mycket hög nyttjandegrad för lokaler och utrustning och låga avskrivningskostnader men man får en kortare möjlig arbetstid. För att kompensera detta utnyttjas arbetsfördelning och noggrann tidsplanering.

Pridekonceptet utgör också ett sätt att använda såväl personal som lokaler på ett sätt som till viss del påminner om Selmakliniken. Pridemodellen har framför allt blivit en modell som passar privattandvården. Pridekonceptet är en managementfilosofi för tandläkare som utvecklats av en amerikanske tandläkare. Mottagningen byggs från grunden med lokaler, utrustning och personal med målet att tandläkaren skall utnyttja sin tid och sitt team på ett optimalt sätt. Här finns detaljerade beskrivningar av det mesta som rör verksamheten, allt ifrån hur ett behandlingsrum skall vara byggt och utrustat till hur man håller effektiva personalmöten.

I Socialstyrelsens rapport *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården* (Rapport december 1999) redogörs för försöksverksamheter med olika personalsammansättningar och olika fördelningar av arbets-

uppgifter inom både privat och offentlig tandvård. De olika modeller för delegerat arbete som praktiseras inom de båda sektorerna har alla sitt ursprung i idéer från Pridekonceptet.

#### 4.3.3 Möjligheter och hinder

Antalet yrkesverksamma tandläkare kommer troligen att vara i stort sett oförändrat under de närmaste tio åren samtidigt som efterfrågan på tandvård med största sannolikhet kommer att öka. Kompletterande team som arbetar kring patienten och där varje medarbetare kan använda sig av sin fulla kompetens är en väg att klara svensk tandvård så att befolkningen också i framtiden får tillgång till en god tandvård med inriktning på förbättrad tandhälsa, vilka är några av de krav som ställs på tandvården i tandvårdslagen (1985:125).

Tandläkarna måste koncentrera sitt arbete på sådana arbetsuppgifter som de är ensamma om att ha kompetens för. Överlämnande av arbetsuppgifter till tandhygienister och delegering till tandsköterskor måste få ett större genomslag i tandvården än vad som hittills varit fallet. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14) klargörs begreppen formell och reell kompetens samt delegering. I dagligt tal har begreppet delegering kommit att användas flitigt för alla former av överlåtande av vård från tandläkaren till annan personal. I tillsynsmyndighetens mening är dock delegeringsbegreppet mycket snävare. Endast den som har formell kompetens som legitimerad tandläkare eller tandhygienist kan delegera en arbetsuppgift. Delegering innebär överförande av en arbetsuppgift från någon med formell kompetens till någon som enbart har reell kompetens.

Begränsade ekonomiska resurser har redan framtvingat ett bättre utnyttjande av tandvårdspersonalens kapacitet. Förändrat sjukdomspanorama, framför allt hos den unga generationen, betyder också ökade möjligheter att använda sig av den s.k. BEON-principen (bästa effektiva omhändertagandenivå) vid fördelningen av de kliniska arbetsuppgifterna. Det är av största vikt att de olika personalgrupper som samarbetar i tandvården har en gemensam syn på diagnostik, terapiplanering och prognosbedömning av patienterna. Detta gäller såväl för tandhygienister som svarar för en del av de regelbundna tandvårdsbesöken som när tandsköterskor,

samverkar med tandläkare vad gäller regelbundna tandhälsokontroller inom barn- och ungdomsvården.

Principerna för en modern och kostnadseffektiv vårdmodell är att förlägga de kliniska arbetsuppgifterna på rätt omhändertagandnivå. Härvid måste dock alltid patientsäkerhetsaspekterna beaktas.

Nya vårdmodeller förutsätter också en förändrad tandläkarroll. Utöver att ta hand om den mest komplicerade delen av patientvården skall också tandläkaren vara teamledare i vilket ingår att fördela arbetsuppgifter, övervaka vårdteamets prestationer och att aktivt delta i utbildningsaktiviteter.

Det finns mycket stora skillnader mellan tandläkare och kliniker när det gäller hur stor del av den kliniska vården som tandhygienister och tandsköterskor tillåts utföra. Många begränsas i sin yrkesutövning genom att det bara är vissa delar av behandlingen som tandläkaren hänvisar till tandhygienist eller tandsköterska. Framför allt förefaller tandhygienistens formella kompetens att diagnostisera karies och paradontit i många fall inte vara utnyttjad. Det är viktigt att betrakta tandhygienistyrket som en egen profession med specifik profil där tandhygienisten förutom sina odontologiska kunskaper har en inriktning på tandhälsovård och hälsofrämjande arbete. Tandläkarnas utbildning är inriktad på medicinska och odontologiska ämnen med fokus på teknik och tandsjukvård. Tandläkarens utbildning kan därför betraktas som starkt specialiserad och det finns stora områden där tandläkare och tandhygienist kan komplettera varandra.

Förutom att många tandläkare är okunniga om vilka kompetenser som personalen faktiskt besitter har högskolorna heller inte haft möjlighet att träna tandvårdspersonalen att utnyttja varandras kompetenser maximalt. Sålunda saknar tandläkarna ofta träning i att leda teamet så att personalen får använda sig av sin fulla kompetens. Eftersom tandläkaren har ett stort inflytande över hur arbetet organiseras i det enskilda teamet diskuterar utredningen förbättringar och förändringar vad avser teamledarskap i kapitel 5, Tandvårdsutbildningarna. Här berörs också det multiprofessionella samarbetet.

Många projekt har genomförts och redovisats. Det förtjänar dock att upprepas att verksamheterna vid folktandvården i Gustafs, Selmakliniken i Göteborg och Frisktandvårdsprojektet vid Sociala Huset i Göteborg alla har visat att tandhygienister självständigt kan undersöka patienter och tillsammans med tandläkare lägga upp en behandlingsplan. Frisktandvårdsprojektet har också vetenskapligt

utvärderats och rapporterats av Zickert och medarbetare (2000). I artikeln *Disease activity and need for dental care in a capitation plan based on risk assessment* redovisas hur man kan arbeta med en hälsofrämjande inriktning på kapitationsbas bland vuxna och där tandvårdsteamets kompetenser i form av främst tandläkare och tandhygienister utnyttjas.

Tandläkarnas attityd till att utnyttja personalens kompetenser verkar ha blivit mera positiv under senare år. Olika vårdmodeller såväl inom privat- som offentlig tandvård, som beskriver hur personalens kompetenser kan användas och utvecklas, har rapporterats i tandläkarpressen. Trots att man på de flesta arbetsplatser har genomfört förändringar visar Olhedes arbete *Kompletterande team i tandvården. En enkätundersökning om arbetsfördelningen inom tandvårdsteamet hos tandläkare i Sverige* (2002) att det finns ytterligare möjligheter till ett ökat teamsamarbete. Åttio procent av tandläkarna har en positiv attityd till teamsamarbete och även om sex av tio tandläkare i den studien anser att det idag är en lagom fördelning av arbetet inom teamet finns det fortfarande utrymme för en ökning. Enligt Olhede är det inom den privata sektorn som det finns flest tandläkare som inte är villiga att överlåta kliniska behandlingsmoment till tandhygienister eller tandsköterskor. Hon fann också att viljan att överlåta kliniska behandlingsmoment var kopplade till klinikstorleken. I studien var 46 procent av de tandläkare som arbetar på en en-tandläkarmottagning negativa till teamsamarbete. Andelen positiva tandläkare ökar sedan med mottagningens storlek.

Det är inte osannolikt att teamsamarbete kommer att utvecklas på sikt också hos tandläkare som idag är negativa eller tveksamma till arbetsfördelning inom teamet. En förändrad arbetsorganisation förutsätter både välutbildade, kompetenta och motiverade medarbetare samtidigt som de lokalmässiga förutsättningarna måste finnas. Det är vanligt att de privata vårdgivarna arbetar i mindre mottagningar och för att kunna överlåta behandlingsmoment till annan personalkategori krävs också att det finns flera rum att disponera. Inom folktandvården har man också under de år som stora sparbetning drabbade tandvården minskat lokalytorna och därmed antalet behandlingsrum som står till förfogande. Det kan således krävas en omställningsperiod också inom offentlig tandvård innan teamtandvård kan få ett genomslag fullt ut. Utredningen anser dock att teamtandvård måste tillgripas i större utsträckning än hittills för att hela befolkningen i framtiden skall kunna få

tillgång till en god tandvård med tandhälsoinriktning inom ramen för tillgängliga resurser.

Specialisten är en mycket viktig länk i vårdkedjan. Utredningen har i annat sammanhang förutsatt att specialistens roll kommer att förändras mot en mera konsultativ och kunskapsförmedlande roll samtidigt som allmäntandläkarens kompetens ökar. Detta torde borga för att också specialister och allmäntandläkare kan ge vården på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Utredningen förutsätter att alla som är engagerade i tandvården har en attityd som stödjer förändring. Det ligger såväl i arbetsgivarens som i de fackliga organisationernas intresse att främja ett arbetssätt som innebär att medarbetarnas kompetens till fullo tas tillvara. Därutöver måste också riskbedömning tillämpas för att återbesöksintervallen hos revisionspatienterna skall kunna individualiseras. Prioriteringar avseende behandlingsbehov bör också leda till att vårdinsatserna vid knappa personella resurser sprids över tiden, s.k. etapptandvård. Etapptandvård innebär att tandläkaren, efter bedömning av det totala vårdbehovet, åtgärdar det som är akut, varefter patienten sätts upp på väntelista. Också sådan vård utförs som anses nödvändig för att inte patientens orala situation skall väsentligen försämrats i väntan på fullständig behandling. Det har tidigare framhållits att ett enhetligt synsätt när det gäller prioriteringar bör eftersträvas och att såväl offentliga som privata vårdgivare måste beakta detta. Om detta inte kommer till stånd eller utvecklas för långsamt bör regeringen överväga att besluta om en nationell handlingsplan för tandvården i likhet med det beslut som tidigare tagits för primärvården.

#### 4.4 Service och tillgänglighet

Enligt tandvårdslagen (1985:125) skall varje landsting erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall också se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Planeringen skall även avse den tandvård som erbjuds av annan än landstinget.

För att uppfylla det lagstadgade ansvar som åligger landstingen, är det viktigt att ha kunskaper om bl.a. demografiska förändringar.

Man måste vara förberedd på att inte bara anpassa den egna organisationens storlek såväl vad avser personal, klinikernas antal och storlek utan också på att finna lösningar till hur man skall kunna erbjuda tandvårdsservice till alla också i en allt mer glesnande glesbygd.

#### 4.4.1 Den mobila tandvårdens möjligheter

Flyttbara mottagningar gör det möjligt att låta tandvården komma till patienten. Mobila/portabla tandläkarmottagningar kan användas för att nå i stort sett hela befolkningen. Rätt utrustad kan i princip de flesta typer av allmäntandvård bedrivas med den mobila/portabla utrustningen. Det är dock av största vikt att den mobila utrustningen uppfyller alla de krav på kvalitet, säkerhet, miljö, hygien och ergonomi som ställs på motsvarande stationär utrustning.

Utvärdering av nyare specialutvecklade mottagningar visar också att metoden är mycket framgångsrik som komplement till den stationära mottagningen. Vid placering på skolor i flera landstingsområden rapporterar man entydigt samma resultat, nämligen en mycket stor minskning av medelbehandlingstider jämfört med den stationära mottagningen. Genom att utföra vissa behandlingsåtgärder i skolans lokaler frigörs värdefull kliniktid vid den stationära kliniken och för skolan, eleverna och föräldrarna innebär den portabla vårdmodellen minskad frånvaro från undervisning respektive arbete.

Flyttbara kliniker har också prövats i äldreomsorg och även här visar resultaten på en avsevärd minskning av medelbehandlingstider. Detta bekräftas både av privata vårdgivare och av offentliganställda, som prövat att arbeta med en portabel utrustning. Fördelarna för de äldre är att slippa besvärliga resor och inom äldreomsorgen finns möjligheter till besparing just genom minskat behov av personalkrävande transporter.

Också studier som utförts vid ett flertal företag där flyttbara kliniker varit placerade, pekar på vinster såväl för den enskilde som för företaget.

Tidigare har mobil uppsökande tandvård inte varit möjlig i samma utsträckning på grund av avsaknaden av lämplig utrustning. Idag finns nyutvecklade kliniker som erbjuder samma prestanda, säkerhet, hygien och ergonomi som de stationära tandvårdsutrustningarna har. Detta innebär att förutsättningarna är goda för att



kunna bedriva en mobil uppsökande tandvård med högsta vårdkvalitet. Oavsett om man använder sig av de nyutvecklade mobila enheterna eller de mer eller mindre kompletta kliniker, vilka byggts in stationärt i olika typer av transportfordon, bussar, trailers, husvagnar eller liknande, utgör den mobila ambulerande tandvårdskliniken en möjlighet att bibehålla servicen i glesbygd. En mobil klinik torde också kunna vara en attraktiv ersättning för s.k. "annexkliniker", som är bemannade enbart under delar av året eller endast vissa dagar i månaden, för att slippa kostsamma outnyttjade kliniklokaler. Vid nyutrustning av en sådan annexklinik bör alternativet att i stället övergå till mobil tandvård vara värt att överväga.

Om landstinget använder sig av flyttbara kompletta kliniker, dvs. buss, trailer eller husvagn, skall man inte bortse från möjligheter till samutnyttjande av utrustningen med t.ex. privat vårdgivare för tandvård eller annan landstingsverksamhet som inte kräver vare sig stora lokaler eller dyrbar extrautrustning, exempelvis blodtappning/blodgivning eller distriktssköterskeverksamhet.

## 5 Tandvårdsutbildningarna

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 har i uppdrag att belysa den framtida tillgången på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens och lämna förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samt främja effektivitet och samarbete inom tandvården. Tandvårdens kompetens och resursbehov skall även belysas utifrån ett integrationsperspektiv (dir 2000:65).

Utredningen har även att se över fördelningen av arbetsuppgifter mellan tandvårdens olika yrkeskategorier och överväga möjligheterna att genom ändrad arbetsfördelning uppnå större effektivitet. Vid behov skall utredningen föreslå åtgärder för att motverka att problem uppstår på grund av t.ex. brist på tandläkare. Även utbildningen av specialisttandläkare skall ses över och en bedömning av det framtida behovet av specialister göras.

Utredaren skall vidare behandla tandhygienisternas och tandsköterskornas roll i tandvården och det framtida behovet av dessa yrkesgrupper. Tandsköterskornas arbetsuppgifter och utbildning har förändrats under senare tid och det har bl.a. ifrågasatts om de utbildningsmöjligheter som idag finns på gymnasienivå för den som vill arbeta som tandsköterska är tillräckliga. Även tandteknikernas arbetsområde och utbildningsbehov skall belysas i utredningen.

### 5.1 Forskning och forskarutbildning

#### 5.1.1 Forskning

Utbildning och forskning driver på samhällets modernisering och förnyelse. Utbildningen får en allt mer central betydelse för välfärd, tillväxt och utveckling och satsningar på utbildning på alla nivåer bryter väg för kunskapssamhället.

Forskningen är en bas för den högre utbildningen. Eftersom högskolornas utbildning skall vila på en vetenskaplig grund säkras en sådan förankring bäst av ett nära samband mellan utbildning och forskning. Högskolans utbildning och forskning bör därvid ömsesidigt berika varandra. Detta medför också att högskolan har behov av lärare med forskarutbildning för att kunna ge studenterna en utbildning av hög kvalitet som ger en god grund inför framtiden. Därutöver bör krav på pedagogisk färdighet och skicklighet alltid ställas.

År 1999 genomförde en internationellt sammansatt expertgrupp en utvärdering av svensk odontologisk forskning på initiativ av dåvarande Medicinska Forskningsrådet, MFR. Expertgruppen konstaterade att forskningen hittills varit framgångsrik och internationellt betydande. Man betonade dock vikten av att förstärka forskningsmiljöerna bl.a. genom att öka den kritiska massan och utarbeta en plan för att parera den förestående omfattande generationsväxlingen av odontologiska forskare.

### 5.1.2 Forskarutbildning

Forskarutbildningen utgör en viktig del av verksamheten vid landets odontologiska fakulteter och institutioner. Man behöver ett kontinuerligt tillskott av disputerade tandläkare för att täcka sina egna behov av kompetenta lärare och forskare. Samtidigt utgör den forskning som ingår i avhandlingsarbeten en betydande del av den totala forskningsvolymen vid fakulteter och institutioner.

Även folktandvården har behov av tandläkare med hög vetenskaplig kompetens. Detta gäller främst vid specialistutbildningsenheterna, men under senare år har ett ökat intresse också förelegat för en kombinerad specialist- och forskarutbildning hos tandläkare på rena kliniska tjänster.

Prognosinstitutet redovisar i rapporten *Tillgången på forskarutbildade – Utsikter till år 2013* (Temarapport 2001:1) den framtida tillgången på forskarutbildade utifrån tre olika bedömningar. Dessa benämns grundalternativet, mellanalternativet samt maxalternativet. Några egentliga efterfrågebedömningar görs inte i rapporten. I stället illustreras vad den beräknade tillgången räcker till sedan högskolornas behov av forskarutbildad personal täckts. Även om endast grundalternativets examinationsnivå uppfylls, räknar man med att det blir ett årligt tillflöde av nytexaminerade till övriga

näringsgrenar, som gör att forskarandelen hos arbetskraften utanför högskolorna stiger. I kalkylerna har hänsyn tagits till att ett större antal forskarstuderande också kräver ett större antal lärare för bl.a. handledning av doktorander.

*Antalet forskarutbildade i yrkesverksam ålder år 1998 samt år 2013 fördelat på forskningsämnet odontologi*

År	Antal
1998	384
2013 (grundalternativ)	700
2013 (maxalternativ)	900

*Källa: SCB*

Enligt grundalternativet beräknas 450 avlagda forskarexamina inom odontologi t.o.m. år 2013 och i maxscenariot prognostiseras 710 till samma tidpunkt. Man har här inte gjort någon åtskillnad mellan licentiatexamen och doktorsexamen utan prognosen utgår från första avlagda forskarexamen.

De beräkningar som gjorts av Prognosinstitutet pekar mot att antalet och därmed andelen forskarutbildade kommer att öka kraftigt. Men för att nå dit krävs att utbildningsplatserna blir fullt finansierade, vilket torde öka genomströmningen. Dessutom krävs också en ökad trygghet efter disputationen i form av ett större antal forskartjänster för att öka incitamentet att slutföra forskarutbildningen. Det föreligger idag en brist på sådana tjänster inom högskolan för nyutexaminerade forskare. Ökande löner inom den kliniska tandvården försvårar också för högskolan att locka till sig och behålla doktorander.

En kombinerad forskarutbildning och specialiseringstjänstgöring är en möjlig väg för att kunna tillgodose behovet av såväl kompetenta lärare som forskare vid de odontologiska fakulteterna och institutionerna. Detta är inte minst viktigt för att kunna säkra återväxten av professorer och universitetslärare.

## 5.2 Tandläkare

### 5.2.1 Arbetsmarknad och legitimation

Arbetsmarknaden för tandläkare har varit instabil under senare år. Arbetslösheten började öka i början av 1990-talet och växte stadigt fram till 1996 då den var som störst. Orsaken var dels rationaliseringar och personalminskningar inom folktandvården, dels etableringsstopp inom tandvårdsförsäkringen för privattandläkare. Tack vare Sveriges deltagande i EES och senare medlemskap i EU, innefattande fri rörlighet på arbetsmarknaden, öppnades nya möjligheter att arbeta i länder utanför Norden. I stället för arbetslöshet i Sverige valde många att flytta utomlands, framför allt till Norge, England och Irland där det råder brist på tandläkare.

Arbetsmarknaden för tandläkare varierar i landet. Under senare år har läget generellt ljusnat och arbetslösheten har minskat markant. I dag är i princip alla nyutexaminerade tandläkare yrkesverkamma som tandläkare. Fortfarande väljer många att arbeta utomlands, men exporten av tandläkare beror inte längre på överskott av tandläkare utan på att svensk tandvård har gott rykte internationellt och svenska tandläkare är attraktiva utomlands. Flera återvänder också till Sverige efter en tids arbete utomlands. Det förekommer också en ökande invandring av utländska tandläkare.

På vissa håll i landet råder det emellertid tandläkarbrist. Det är svårt att få sökande till tjänster i folktandvården på mindre orter och väntetiderna till folktandvården ökar särskilt utanför storstadsområdena. Tandläkarbristen kan komma att öka ytterligare till följd av pensionsavgångar perioden 2002–2011, då sammanlagt mer än 1 800 tandläkare beräknas avgå med pension. Dessutom kan man inte bortse från ökad rörlighet på arbetsmarknaden dels i form av utlandsflytt, dels i form av ökad rörlighet på den svenska arbetsmarknaden. I kapitel 4, Tandvårdens struktur, diskuteras pensionsavgångar och personalbehov mera ingående avseende samtliga personalkategorier.

I dag finns totalt 180 utbildningsplatser för tandläkare per år. I praktiken är antalet nyutexaminerade tandläkare betydligt färre än 180 per år eftersom många studenter inte slutför studierna eller inte slutför sina studier inom de avsedda tio terminerna. År 2000 var antalet nere på 138 och 2001 legitimerades 133 tandläkare med svensk utbildning. De flesta fakulteter försöker kompensera för

avhoppen men hitintills har detta inte räckt som åtgärd för att öka den totala examinationen.

Sammanlagt erhöll 176 tandläkare svensk legitimation år 2001. Under senare år har inslaget av tandläkare med utländsk utbildning som erhållit svensk legitimation varit påfallande stort. Andelen har ökat från tio procent år 1998 till nästan 25 procent år 2001.

### 5.2.2 Tandläkarutbildningen

Tandläkaryrket har förändrats påtagligt under senare årtionden. Tandläkaren har mera blivit en arbetsledare för ett vårdteam som ger en optimal behandling. Den förändrade yrkesrollen har givetvis fått stora konsekvenser för utbildningen och dagens tandläkarutbildning har fått en helt annan karaktär än för bara några år sedan.

Tandläkare utbildas vid universiteten i Göteborg och Umeå, vid Karolinska institutet i Stockholm och vid Malmö högskola. Utbildningen skiljer sig mellan högskolorna men alla tandläkarutbildningar har starka inslag av biologisk basvetenskap, samhällsvetenskap och beteendevetenskap för att öka förståelsen för de ofta komplicerade samspel som ligger till grund för modern prevention och moderna behandlingsprinciper. Därutöver fordras kunskaper i administration.

Tandläkarutbildningen omfattar 200 poäng, vilket motsvarar fem års heltidsstudier. Fram till och med år 1994 bestod utbildningen av nio terminer och ett års AT-tjänstgöring. Till följd av den försvagade ekonomin inom landstingen och den goda tillgången på tandläkare som fanns under mitten av 1990-talet ansåg landstingen att det inte var möjligt att inrätta tjänster för allmäntjänstgöringen i tillräcklig omfattning inom folktandvården. Riksdagen fattade då beslutet att AT skulle tas bort och tandläkarutbildningen utökades till tio terminer.

### **Målen för tandläkarutbildningen enligt högskoleförordningen (1993:100)**

Enligt de övergripande bestämmelser som gäller för tandläkarutbildningen skall studenten ha förvärvat de kunskaper och färdigheter som krävs för att få obegränsad behörighet som tandläkare och för att erhålla tandläkarexamen.

Den grundläggande högskoleutbildningen skall, utöver kunskaper och färdigheter, ge studenterna förmåga till självständig och kritisk bedömning, förmåga att självständigt lösa problem samt förmåga att följa kunskapsutvecklingen, allt inom det område som utbildningen avser. Utbildningen bör också utveckla studenternas förmåga till informationsutbyte på vetenskaplig nivå (högskolelagen 1 kap. 9 §).

Utöver de allmänna målen för grundläggande högskoleutbildning skall studenten för att erhålla tandläkarexamen

- ha förvärvat kunskaper och färdigheter som utgör grund för tandläkaryrket och som krävs för att få obegränsad behörighet som tandläkare,
- ha tillägnat sig en medicinsk och social helhetssyn på kvinnor och män och deras situation,
- vara förberedd för verksamhet inom hela tandvården och därvid ha kunskaper om förebyggande åtgärder för såväl enskilda som grupper av patienter samt om diagnostik och behandling av sjukdomar och anomalier i tänder, munhåla, käkar och omgivande vävnader för patienter i olika åldrar och med olika behov,
- förstå sambandet mellan å ena sidan patientens orala hälsotillstånd och å andra sidan hans allmänna hälsotillstånd och andra bakomliggande faktorer samt därvid ha lärt sig att respektera patientens integritet och ha utvecklat sin förmåga till inlevelse,
- kunna samarbeta med övrig personal inom tandvården och ha tränat tandläkarens arbetsledande roll i tandvårdsgruppen,
- ha tillägnat sig både hälsoekonomiskt och värdeekonomiskt tänkande samt kunna delta i utvärderingar av en kliniks verksamhet, varvid speciell vikt läggs vid kvalitetssäkring.

Härutöver gäller de mål respektive högskola bestämmer.

### *Lokala mål*

De lokala målen varierar något mellan de olika fakulteterna. Nedan följer ett sammandrag av de lokala mål som de flesta högskolorna angett.

Utbildningen skall ge de kunskaper som krävs för kommande praktisk yrkesverksamhet och för att kunna följa framtida utveckling inom det odontologiska och biomedicinska området. Som färdiga tandläkare skall de studerande självständigt kunna diagnostisera och behandla barn och vuxna patienter med olika vårdbehov, inklusive funktionshindrade, kroniskt sjuka och äldre patienter som kräver särskilt omhändertagande, samt identifiera och förstå sambandet mellan orala och medicinska tillstånd. Studenterna skall också kunna tillämpa kunskaper i kommunikationsmetodik, etik, psykologi och sociologi som också innefattar ett mångkulturellt och internationellt perspektiv. Utbildningen skall baseras på vetenskaplig grund och ge de studerande förmåga till självständig och kritisk bedömning och problemlösning samt göra dem förberedda för ett livslångt kunskapssökande.

### **Undervisningen**

Kännetecknande för tandläkarutbildningen är en integrering mellan teori och klinik. Den kliniska delen av undervisningen sker vid särskilda tandvårdscentraler som bedriver tandvård. Fram till mitten av 1980-talet ingick samtliga tandvårdscentraler i den statliga högskolans organisation, men var samordnade med folktandvården genom särskilda avtal med berörda huvudmän. Vid centralerna bedrevs allmäntandvård för barn och vuxna, specialisttandvård samt sjukhustandvård. Lärarna vid klinikerna är också tandläkare och ansvarar i denna egenskap för vården. Vid mitten och slutet av 1980-talet överfördes ansvaret för de statliga tandvårdscentralerna i Umeå och Göteborg till respektive tandvårdshuvudman, medan tandvårdscentralerna i Stockholm och Malmö alltjämt är statliga. För att reglera ersättningen till de landsting som är huvudmän för tandvården har staten och respektive landsting ingått avtal om tandläkarutbildning och odontologisk forskning. För budgetåret 2002 ersätts Västerbottens läns landsting och Västra Götalandsregionen med omkring 90 miljoner kronor. Motsvarande belopp för den statliga tandvårdsorganisationen är 91 miljoner kronor.



I utbildningen läggs särskild tonvikt på förebyggande tandvård. Utbildningen skall vidare belysa forskningens betydelse samt ge de studerande stimulans och färdigheter att genomföra egna forsknings- och utvecklingsarbeten.

Undervisningen i kliniska ämnen innehåller stora delar handledd tjänstgöring med behandling av patienter. Den kliniska tjänstgöringens omfattning varierar mellan de olika fakulteterna från cirka 1 400 till 2 200 timmar enligt uppgift till utredningen från dessa.

### 5.2.3 Socialstyrelsens rapport om den framtida kompetensförsörjningen i tandvården

I Socialstyrelsens rapport *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården* (1999) framfördes ett förslag om att utreda förutsättningarna för och tänkbart innehåll i en organiserad "traineeutbildning" för tandläkare. En utredningsgrupp inom Socialstyrelsen har därefter tagit fram ett beslutsunderlag för ett eventuellt införande av en obligatorisk praktisk tjänstgöring för tandläkare efter grundutbildningen.

Skälet till att Socialstyrelsen tog detta initiativ var att det under senare år framförts kritik, framför allt från folktandvårdens sida, att de nytexaminerade tandläkarna inte har tillräckligt bra klinisk färdighetsträning och det har diskuterats om det på nytt bör införas en obligatorisk praktisk tjänstgöring för tandläkare efter grundutbildningen. Det som efterfrågas är färdighetsträning i form av att kunna ta hand om olika typer av patienter och att arbeta i team av olika slag.

I utredningsgruppens rapport, *Utredning om eventuell praktisk tjänstgöring för tandläkare efter avlagd grundexamen*, pekas på följande fyra möjligheter:

- Den praktiska tjänstgöringen är obligatorisk för att erhålla legitimation.
- Den praktiska tjänstgöringen görs obligatorisk för tjänstgöring inom offentlig tandvård.
- Den praktiska tjänstgöringen görs obligatorisk för arbete inom tandvårdsförsäkringen.
- Den praktiska tjänstgöringen görs till en helt frivillig verksamhet efter legitimation.

Utredningsgruppen förordade emellertid inte någon av dessa möjligheter utan överlät detta till den fortsatta handläggningen av frågan inom regeringskansliet. Regeringen har överlämnat rapporten till Utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m.

#### 5.2.4 Överväganden och förslag

##### **Utredningen föreslår att**

- det inom ramen för tandläkares grundutbildning skall införas två månaders sammanhängande klinisk utbildning utanför högskoleinstitutionerna,
- den grundläggande tandläkarutbildningen utökas med 20 utbildningsplatser och att dessa förläggs till Umeå universitet.

Utredningen anser även att undervisningen om äldretandvård och omhändertagandet av äldre bör utökas inom alla tandvårdsutbildningar inklusive specialistutbildningen.

##### **Utbildningens innehåll**

I den målbeskrivning som anges för tandläkarexamen i högskoleförordningen (1993:100, bilaga 2) skall studenterna för att erhålla tandläkarexamen ha tillägnat sig sådana kliniska färdigheter som krävs för att få obegränsad behörighet som tandläkare. Vidare skall den blivande tandläkaren "kunna samarbeta med övrig personal inom tandvården och ha tränat tandläkarens arbetsledande roll i tandvårdsgruppen". Dessutom skall studenten "ha tillägnat sig vårdorganisatoriskt tänkande samt kunna delta i utvärderingar av en kliniks verksamhet, varvid speciell vikt läggs vid kvalitets-säkring". Vid den hearing som utredningen haft med representanter för universiteten framhölls att de båda citerade målen var svåra att uppfylla. Samtliga högskolor har därför organiserat klinisk utbildning utanför institutionerna under termin nio och tio alternativt enbart under termin tio. Tjänstgöringen omfattar sammanlagt omkring tre till fyra veckor och görs antingen under en sammanhängande period eller i form av en utbildningsdag per vecka under flera veckor. Tjänstgöringen sker inom folktandvården.

Utredningen konstaterar att den svenska tandläkarutbildningen i ett internationellt perspektiv har en stark klinisk anknytning och att det avsätts betydande belopp för att utbildningen skall kunna bedrivas i så realistisk miljö och med så allsidig patientgrupp som möjligt. Trots detta kan det finnas svårigheter att få till stånd förutsättningar för att träna arbete i team med andra yrkesgrupper och att träna en arbetsledande roll i teamet, vilket också företrädare för tandläkarutbildningarna anfört till utredningen.

Som tidigare nämnts har Socialstyrelsens utredning om praktisk tjänstgöring för tandläkare överlämnats till utredningen. Utredningen gör den bedömningen att det inte är lämpligt att åter införa allmäntjänstgöring som ett krav för att erhålla legitimation. Ett av motiven för att införa allmäntjänstgöringen år 1979 var att lösa problem med rekrytering till olika delar av landet. Eftersom tjänstgöringen inte var reglerad genom avtal med landstingen eller genom lagstiftning så som numera gäller för läkarnas allmäntjänstgöring, uppstod snabbt problem när landstingen inte längre kunde garantera att anordna allmäntjänstgöring för alla som examinerades från högskolan. Problemen rörde såväl finansieringen av tjänsterna som bristen på patienter.

Utredningen ser det som angeläget att studenterna under studietiden kan tränas i teamtandvård samt tillägna sig ett hälsoekonomiskt och värdeekonomiskt tänkande för att kunna delta i utvärdering av en kliniks verksamhet. Utredningen anser att det vore önskvärt om viss tid av utbildningen kunde bedrivas vid en mottagning utanför den tandvårdscentral som normalt tillhandahålls för utbildningen, för att på plats träna sina färdigheter i en så realistisk miljö som möjligt och med handledning.

Utredningen föreslår därför att det inom ramen för tandläkarnas grundutbildning så snart som möjligt skall införas två månaders sammanhängande klinisk utbildning vid arbetsplatser utanför institutionerna. På så sätt kan kvaliteter tillföras som utbildningsinstitutionerna har svårt att själva bibringa studenterna. Studenterna kommer att arbeta under realistiska förhållanden med utbildad och van personal som kan ge studenterna det stöd, den insyn och rutin som krävs för att de mål i högskoleförordningen som t.ex. avser samarbete med övrig personal, arbetsledning, värdeekonomi och kvalitetssäkring. Studenterna kommer också att få en inskolning i teamarbete och ytterligare klinisk färdighetsträning. En särskild studieplan bör finnas för denna del av tandläkarutbildningen. Någon ändring i högskoleförordningen erfordras inte.

Utredningen anser att den föreslagna tjänstgöringen på arbetsplatser utanför institutionerna bör regleras genom överenskommelser mellan högskolorna och i första hand landstingen i likhet med vad som gäller för sådana enheter inom landstingens hälso- och sjukvård som upplåts för den grundläggande högskoleutbildningen för läkarexamen. Överenskommelser bör också kunna träffas med privata vårdgivare, som uppfyller de krav högskolan ställer upp för medverkan i tandläkarutbildningen. Utredningen anser att förutsättningarna för en sådan utlokalisering av utbildningarna bör utredas, varvid även de ekonomiska frågorna måste beaktas. Man bör härvid också överväga en lagreglering vad avser landstingens skyldighet att medverka för att möjliggöra sådan tjänstgöring.

Utredningen bedömer också att ett införande av två månaders klinisk utbildning på mottagning utanför högskolorna kan utgöra en rekryteringsplattform för de presumtiva arbetsgivarna. Det måste därför poängteras att det är viktigt att de kliniska utbildningsplatserna får en bra spridning över landet. På sikt skulle detta kunna bidra till en jämnare regional fördelning av tandläkarresurserna, dvs. åstadkomma att fler tandläkare söker tjänster inom de norra landstingen.

### **Grundutbildningens dimensionering**

Utredningen har i kapitel 4, Tandvårdens struktur, närmare berört pensionsavgångar och framtida tillgång på tandläkare. Fram till år 2011 bedöms antalet yrkesverksamma tandläkare kunna uppgå till dagens antal 7 600. Utredningen har också betonat nödvändigheten av arbetsorganisatoriska förändringar mot bakgrund av ökad efterfrågan på tandvård. Tandläkarna måste i första hand koncentrera sig på sådana arbetsuppgifter som de är ensamma om att ha kompetens för.

Antalet vakanser inom folktandvårdens allmäntandvård ligger enligt Socialstyrelsens enkäter i storleksordningen 230 tjänster. Ett stort problem är att tillgången på yrkesverksamma tandläkare inte är jämnt spridd över landet. Folktandvården är ingen säker garant för att få spridning på tandläkare eftersom folktandvård i glesbygd har stora problem med rekrytering. Tillräckliga incitament för arbete i glesbygd tycks således saknas.

Eftersom antalet examinationer, trots att överintag görs, inte når upp till de 180 som statsmakterna avsett att högskolorna skall kunna examinera varje år, är det av största vikt att i första hand uppnå den examinationsvolymen.

Företrädare för de norra landstingen har starkt uttalat ett behov av utökning av antalet utbildningsplatser i Umeå på grund av den besvärliga vakanssituationen i Norrlands inland.

Den regionala fördelningen av den grundläggande utbildningen är ett viktigt instrument för att underlätta för folktandvården att rekrytera tandläkare över hela landet. För att öka möjligheterna för befolkningen i Norrlands inland att erhålla tandvård föreslår utredningen att antalet utbildningsplatser i Umeå utökas med 20. Denna ökning bör komma till stånd snarast.

## **Tandvårdsutbildningar**

Utredningen har i flera sammanhang framhållit att framtidens tandvård i större utsträckning än idag kommer att inriktas på omhändertagande av äldre och sjuka samt personer med funktionshinder. Detta ser utredningen som en uppgift för flertalet verk samma tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor såväl vid patientbehandling inom tandvården som vid multiprofessionellt samarbete med annan vårdpersonal. Undervisningen om detta verksamhetsområde måste därför utökas inom alla tandvårdsutbildningar inklusive specialistutbildningarna.

### **5.3 Tandsköterskor**

#### **5.3.1 Arbetsmarknad**

Arbetslösheten bland tandsköterskor, som har varit relativt stor under senare år, har börjat minska och ligger i dag på cirka fyra procent. Enligt Arbetsmarknadsstyrelsens beräkningar har det tidigare överskottet på utbildade tandsköterskor nu vänts till en viss brist. Den är än så länge varken omfattande eller akut, men flera tandvårdskliniker rapporterar ökade svårigheter att hitta utbildad personal för nyanställning. Särskilt stor är bristen på tandsköterskor i vissa delar av landet och inom privattandvården. Situationen beräknas bli ännu värre under den närmaste tioårsperioden då cirka 3 100 tandsköterskor går i pension. Ytterligare

orsaker till tandsköterskebristen är att det idag utbildas mycket få tandsköterskor i landet.

Tandsköterskeyrket är ett yrke i förändring. Från att huvudsakligen ha varit ett assistansarbete har utvecklingen stadigt gått mot ett allt bredare arbetsområde. Många tandsköterskor arbetar på s.k. delegation och har avancerade arbetsuppgifter i det kliniska patientarbetet med utgångspunkt från den reella kompetens de besitter. Även möjligheterna till vidareutbildning till exempelvis tandhygienist eller ortodontiassistent har förbättrats under senare år. Tandsköterskornas fackliga organisationer har i skrivelser framfört önskemål om en treårig högskoleutbildning och en yrkeslegitimation för tandsköterskor.

### 5.3.2 Tandsköterskeutbildningen

Tandsköterskor utbildades under många år vid de statliga tandsköterskeskolor som tidigare fanns i anslutning till högskolekliniker. På 1960-talet tillkom de landstingskommunala vårdutbildningarna. Under 1980-talet blev tandsköterskeutbildningen en tvåårig gymnasieutbildning och när gymnasieskolan omorganiserades i början av 1990-talet blev tandvård en gren inom det nationella programmet för vård och omsorg. Utbildningen gav kompetens att arbeta som tandsköterska. Som mest omfattade tandvårdsgrenen 250 platser per år. Elevantalet sjönk emellertid stadigt under ett antal år och utbildningen kritiserades för att hålla för låg kvalitet. År 2000 upphörde utbildningen som nationellt gymnasieprogram och de sista "tandvårdseleverna" går ut år 2002. Idag finns utbildningen vid ett fåtal fristående gymnasieskolor i landet.

### 5.3.3 Överväganden och förslag

**Utredningen föreslår att** det inrättas en nationell tandsköterskeutbildning som påbyggnadsutbildning inom den kommunala vuxenutbildningen.

Utredningen har i tidigare avsnitt uttalat att det finns ett behov av kompetenta tandsköterskor inom tandvården. Enligt de prognoser som utredningen gjort kommer 3 100 tandsköterskor att pensio-

neras fram till år 2011. Eftersom det i princip inte finns någon formell utbildning kommer dessa inte att kunna ersättas. Behovet av tandhygienister tillåter inte heller att tandhygienister ersätter tandsköterskor annat än i ringa omfattning.

Utredningens bedömning är att nuvarande tandsköterskor med formell utbildning fortsätter med assisterande uppgifter och patientverksamhet på delegation från tandläkare eller tandhygienist. Röntgenfotografering och information/instruktion i munhygienåtgärder ligger kvar inom dessa tandsköterskors formella kompetens.

Utredningen anser att det finns behov av tandsköterskor under överskådlig tid. Utredningen bedömer inte att de arbetsuppgifter som nu eller framgent kommer att ligga inom tandsköterskans område kräver legitimation eller högskoleutbildning. En del tandsköterskeuppgifter kommer på sikt att minska på grund av teknikutvecklingen. IT-utvecklingen kan reducera andelen dokumentationsuppgifter och digital röntgen tar bort mörkrumsarbete och arkivering av röntgenfilmer.

Utredningen har i andra sammanhang påpekat vikten av att teamtandvård blir vanligare än hittills. Utredningen anser att möjligheterna att få till stånd en ändrad arbetsfördelning för att uppnå större effektivitet skulle omöjliggöras om delegeringsmöjligheterna till tandsköterskor upphävs.

Utredningen anser att en formaliserad tandsköterskeutbildning skall komma till stånd. Utredningen har haft kontakter med Socialstyrelsen avseende delegeringsföreskrifter samt fört diskussioner med utbildningsdepartementets gymnasieenhet och med Skolverket angående en formaliserad utbildning. Utredningen förutsätter att Skolverket i samråd med Socialstyrelsen tar fram en kursplan för utbildning av tandsköterskor som möjliggör fortsatt delegering, som en påbyggnadsutbildning inom ramen för den kommunala vuxenutbildningen. I samband med framtagnandet av kursplanen får det avgöras hur lång utbildningen bör vara. Utbildningen skall också ge behörighet för vidare högskolestudier.

Utredningen anser att i framtiden bör all tandvårdspersonal ha den grundläggande behörighet som krävs för att studera vid högskola. Vidare skall det finnas möjlighet att få sin reella kompetens prövad för att utröna om man har kunskaper som motsvarar behörighetskraven i enlighet med förslagen i regeringens proposition (prop. 2001/02:15) *Den öppna högskolan*. Likaså bör man ha möjlighet att få sin utbildning validerad för att om möjligt kunna få

tillgodoräkna sig delar om man vill gå vidare till en högskoleutbildning, t.ex. tandhygienistutbildning.

## 5.4 Tandhygienister

### 5.4.1 Arbetsmarknad

Efterfrågan på tandhygienister varierar i olika delar av landet. Behovet av tandhygienister förväntas öka när tyngdpunkten förskjuts från reparativ till förebyggande tandvård. Under förutsättning att utbildningsvolymen förblir densamma som idag och att de tandhygienister som utbildas i Sverige också kommer att vara yrkesverksamma här, kommer antalet tandhygienister i relation till tandläkare att öka. Att döma av de senaste årens utveckling är emellertid ingen av dessa förutsättningar givna. Antalet utexaminerade tandhygienister har minskat sedan mitten av 1990-talet och alltfler söker sig utomlands, dock ännu inte i samma utsträckning som tandläkarna.

Tandhygienistyrket har förändrats genomgripande sedan det etablerades i Sverige på 1960-talet. Då arbetade tandhygienisten främst med borttagning av tandsten vid tandlossningssjukdom. I dag är yrkesrollen betydligt bredare och omfattar flera arbetsuppgifter. Det är främst inom barn- och ungdomstandvården som en breddning av arbetsuppgifterna skett och en liknande utveckling är på väg inom äldretandvården. Det kan också ingå i arbetsuppgifterna att utbilda och handleda vårdpersonal i munhälsovård eller annan rådgivande verksamhet till enskilda individer och olika målgrupper. På senare tid har rökavvänjning blivit en allt viktigare uppgift för många tandhygienister.

### 5.4.2 Tandhygienistutbildningen

Tandhygienistprogrammet finns idag på åtta högskolor och universitet i landet. Utbildningsorterna är Kristianstad, Malmö, Göteborg, Jönköping, Stockholm, Falun/Borlänge, Karlstad och Umeå. Vid universitetet i Karlstad och högskolan i Dalarna utbildas även tandhygienister på distans.

Den ökade satsningen på folkhälsoarbete, omvårdnadsaspekter och utvärdering har också inneburit en förändrad inriktning på utbildningen av tandhygienister. I kurs- och utbildningsplaner



framhålls att en ökad del av arbetsuppgifterna kommer att inrikta sig på äldre och personer med särskilt omsorgsbehov samt på tandhälsovårdsinsatser inom barn- och ungdomsvården. De blivande tandhygienisterna förväntas också arbeta mer med utbildning, information och hälsoupplýsning. I beskrivningarna av den framtida yrkesrollen betonas sådana faktorer som självständigt arbete, hälsoupplýsning och större möjlighet till forskning. Enligt högskoleförordningen (1993:100) skall tandhygienistutbildningen omfatta 80 poäng, dvs. två års heltidsstudier.

### **Utblick mot år 2011**

Sedan vårdhögskoleutbildningarna omorganiserades och överfördes till den statliga högskolans verksamhet, genom avtal med de enskilda landstingen, i mitten av 1990-talet har tandhygienistutbildningen försvunnit från flera orter i landet.

År 1999 påbörjade 186 studenter tandhygienistutbildningen. Det var en liten minskning jämfört med året innan då antalet nybörjare var 198. År 2000 sjönk antalet ytterligare och endast 150 studenter började på utbildningen. Ett minskat intresse för utbildningen kan även avläsas av antalet som söker utbildningen i första hand. År 2000 sökte totalt 258 studenter tandhygienistutbildningen i första hand. Det är en halvering sedan mitten av 1990-talet då utbildningen var ett förstahandsval för närmare 500.

Tandhygienisterna är den yngsta personalkategorin inom tandvården. Pensionsavgångarna är därför små de närmast kommande tio åren. Utredningen beräknar att endast drygt 400 tandhygienister kommer att uppnå 65 års ålder fram till år 2011. Med nuvarande utbildningsvolym, ungefär 195 tandhygienister per år, kommer antalet tandhygienister därför att öka med drygt 1 500 t.o.m. år 2011, dvs. antalet yrkesverksamma tandhygienister kan komma att uppgå till cirka 3 700. Relationen tandläkare – tandhygienist blir då 2:1.

### **Målen för utbildningen enligt högskoleförordningen (1993:100)**

Tandhygienistexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 80 poäng.

För att erhålla tandhygienistexamen skall studenten ha

- förvärvat kunskaper om munhälans betydelse för det allmänna välbefinnandet och allmäntillståndets inverkan på munhälsan,
- tillägnat sig förmågan att svara för regelbundna undersökningar av munstatus samt att analysera, utreda och dokumentera behov av munhälsovårdande insatser och utvärdera insatta åtgärder,
- utvecklat sin självkänedom och förmåga till inlevelse och därigenom, med beaktande av en helhetsbild av människan,
- utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående.

Härutöver gäller de mål respektive högskola bestämmer.

### 5.4.3 Överväganden och förslag

#### **Utredningen anser att**

- grundutbildningen av tandhygienister bör omfatta 80 poäng och att det därutöver skall finnas olika påbyggnadsutbildningar på högskolenivå,
- vidareutbildningen av tandhygienister i första hand är ett arbetsgivaransvar och
- utredningen bedömer att i framtiden arbetsuppgifter kan utvecklas eller nya arbetsuppgifter tillkomma som medför behov av påbyggnadsutbildning eller att grundutbildningen förlängs.

I kapitel 4, Tandvårdens struktur, har utredningen berört de arbetsorganisatoriska förändringar som måste komma till stånd för att en större effektivitet skall uppnås i tandvården. Tandhygienisten har därvid en nyckelroll förutsatt att tandläkaren som arbetsledare låter tandhygienisten arbeta utifrån sin fulla kompetens. Emellertid är det många som idag inte får möjlighet att arbeta med de allsidiga uppgifter som en tandhygienist har formell kompetens för.

I det framtida tandvårdsteamet kommer de ingående yrkeskompetenserna att komplettera varandra och personalen samverkar och lär av varandra. Hittills har det vanligtvis handlat om team där var och en svarar för en viss kompetens och ansvarar för en avgränsad del av det totala uppdraget till skillnad mot det kompletterande teamets laginsats gentemot tandvårdspatienten.

Utredningen har tidigare poängterat behovet av klinisk utbildning utanför utbildningsinstitutionerna för tandläkarstudenter bl.a. för att utveckla deras förmåga till samarbete med övrig personal och träna den arbetsledande rollen i tandvårdsteamet. Utan att föreslå ändring av målen för tandhygienistutbildningen anser utredningen att det är viktigt att även tandhygieniststudenten under utbildningstiden ges möjlighet till teamsamarbete.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att efter samråd med berörda myndigheter, organisationer m.m. utreda vissa frågor rörande tandhygienisternas framtida uppgifter och kompetens för dessa uppgifter. Socialstyrelsen redovisade sina förslag i rapporten *Tandhygienisternas framtida uppgifter och kompetens* (1997). I rapporten, som har remissbehandlats, läggs ett förslag till kompetensområde för tandhygienister. Förslaget bygger på grundtanken att enbart legitimerade tandläkare och tandhygienister skall vara de personalkategorier som i framtiden behandlar patienter. I tandhygienistens arbetsuppgifter föreslås också ingå arbete med olika assisterande arbetsuppgifter och administrativa göromål inom en tandvårdspraktik. Utbildningen av tandhygienister föreslås bli treårig. Därutöver förutser utredningen ett behov av tandsköterskor med arbetsuppgifter som inte innefattar arbete direkt på patienten och där det anses räcka med en arbetsplatsrelaterad färdighetsträning för tandsköterskeuppgifterna.

Vid remissbehandlingen av rapporten var remissinstanserna i huvudsak positiva till utredningens förslag till kompetensområde för tandhygienister. Högskoleverket delade dock inte utredningens uppfattning avseende förlängning av utbildningen till tre år. Högskoleverket bedömde det som troligt att förbättringar avseende lärarkompetens och utbildningens organisation kan göras inom den befintliga utbildningens längd, dvs. två år.

I propositionen *Reformerat tandvårdsstöd* (prop. 1997/98:112) tog regeringen inte ställning till utbildningens innehåll, längd eller förläggning men angav sin avsikt att ge Högskoleverket i uppdrag att bedöma de utbildningsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av Socialstyrelsens förslag. Något sådant uppdrag har dock inte givits.

I Socialstyrelsens rapport *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården* (1999) redovisas en enkät från år 1998 som riktat sig till ett förhållandevis litet antal tandläkare och tandhygienister och som behandlat uppfattningen om hygienisternas yrkeskunnande. Resultatet blev

att båda yrkesgrupperna värderade tandhygienisternas kompetens högt när det gäller att diagnostisera karies och parodontit (tandlossning), att ge sjukdomsinformation och att instruera i munhygien. Socialstyrelsen framförde dock i rapporten synpunkten att utbildningen av tandhygienister bör bli treårig. För arbetsuppgifter inom tandvården som inte kräver legitimation anser man att medarbetare med allmänmedicinsk gymnasieutbildning kan rekryteras.

Under våren 2000 har några interpellationer inkommit till utbildningsdepartementet som tar upp frågor om tandhygienistutbildningens längd med avseende bl.a. på möjlighet till forskarutbildning. Interpellationerna har besvarats av utbildningsministern i riksdagen, varvid ministern anfört att Socialstyrelsens rapport om framtida kompetensfördelning m.m. bereds inom regeringskanliet och att det kan bli möjligt att Högscoleverket ges ett uppdrag som kan omfatta en översyn av såväl utbildningens innehåll som längd och att därest en förlängning av utbildningen anses nödvändig, kommer regeringen att efterfråga vilka konsekvenser detta kan få för tandhygienistutbildningens dimensionering. Något sådant uppdrag gavs emellertid inte utan frågan överfördes till utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m.

Sveriges Tandhygienistförening har till utredningen överlämnat kopia av den skrivelse som överlämnats till utbildningsministern vid en uppvaktning i december 2000. Här framhålls att nuvarande utbildning måste anpassas och stärkas för att bättre svara mot de krav som redan idag ställs på den yrkesverksamma tandhygienisten. Man påtalar också att den tvååriga tandhygienistutbildningen på 80 poäng försvårar möjligheten för tandhygienister till vidare studier eller forskarutbildning inom sitt ämnesområde och hämmar därmed utvecklingen av ämnet "munhälsa". Man anser att en ökad möjlighet för tandhygienister att utveckla sitt ämnesområde genom egen forskning, skulle stärka det preventiva munhälsoarbetet och därmed utveckla folkhälsoperspektivet inom tandvården.

Det har även inkommit skrivelser från de utbildningsansvariga för tandhygienistprogrammen samt från tandhygieniststudenter, med önskemål om att utbildningen skall förlängas från två till tre år.

Utredningen har i kapitel 3, Mål och principer, poängterat att de personalkategorier som finns i tandvården kommer att behövas också i framtidens tandvård. Utredningen gör också den sammanfattande bedömningen att det framtida vårdbehovet kommer att innebära att det finns stort behov av insatser från tandhygienister.

Dessutom anser utredningen, till skillnad från vad som framkommit i bl.a. Socialstyrelsens rapporter, att det finns behov av kompetenta tandsköterskor för arbetsuppgifter som inte i större utsträckning avviker från dagens. Utredningen förslår också att en formaliserad utbildning som leder fram till kompetens att arbeta som tandsköterska inrättas. Vidare anser utredningen att delegeringsmöjligheterna till tandsköterskorna skall finna kvar.

I kapitel 4, Tandvårdens struktur, framhåller utredningen att svensk tandvård står inför sin kanske största utmaning, nämligen att optimalt utnyttja den befintliga personalens kompetens så att det inte uppstår brist på den mest utbildade arbetskraften om det finns personal med kortare utbildning som skulle kunna fullfölja vissa av dennas arbetsuppgifter. Utredningen poängterar också att med en förändrad arbetsorganisation kan en stor del arbetsuppgifter, som redan ligger inom tandhygienistens kompetensområde med eget legitimationsansvar, kunna överföras från tandläkare till tandhygienister. Utredningen ser detta som en förutsättning för utveckling av svensk tandvård. Emellertid verkar det som om tandhygienistens kompetens i stor utsträckning inte utnyttjas fullt ut idag.

Dock kan man inte kräva av en nyutexaminerad tandhygienist att denne skall kunna fungera så som en person med ett eller flera års inskolning. Det måste anses vara en naturlig uppgift för en arbetsgivare att ta detta ansvar.

Utredningen ser utbildningens längd som en kostnadsfråga inte bara för samhället utan också för den enskilde studenten som, om utbildningen förlängs med ett år, tvingas att ta studielån under ytterligare två terminer.

Förlängning av utbildningen inom nuvarande ekonomisk ram riskerar att antalet utbildningsplatser måste reduceras. Det skulle i sin tur medföra att den årliga examinationsvolymen av tandhygienister minskar och därmed möjligheten att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samtidigt som de arbetsorganisatoriska förändringar som utredningen ser som nödvändiga för att främja effektivitet och samarbete i tandvården försenas eller uteblir.

I skrivelsen från de utbildningsansvariga från tandhygienistprogrammen, som nämnts ovan, framförs bl.a. som skäl för en förlängning av utbildningen att Högskoleverket i sina utvärderingar ansett att nuvarande 80-poängsutbildning inte motsvarar de krav som bör ställas på en högskoleutbildning. Utredningen vill här erinra om att regeringen låtit utreda möjligheterna att anordna fler

kortare yrkesinriktade utbildningar i högskolan (SOU 2001:107). Enligt regeringens direktiv till utredaren har de korta högskoleutbildningarna en viktig plats inom högskolan och att det inom högskolan ryms utbildningar med mycket olika inriktningar och krav.

Utredningen anser, med utgångspunkt i riksdagens beslut om grundutbildningens längd, 80 poäng, som krav för legitimation, att grundutbildningen av tandhygienister också fortsättningsvis bör omfatta 80 poäng. I framtiden kan dock arbetsuppgifter utvecklas eller nya arbetsuppgifter tillkomma som medför behov av utökad utbildning. Kompetenshöjning kan antingen tillgodoses genom påbyggnadsutbildningar eller genom en förlängning av grundutbildningen.

Påbyggnadsutbildningarna kan vara olika långa beroende på inriktning. Den som önskar förkovra sig för att kunna gå vidare till forskarutbildning och en forskarkarriär kan t.ex. genomgå en påbyggnadsutbildning om 40 poäng, som leder fram till kandidatexamen i oral hälsa.

Utredningen ser också ett antal möjligheter för den som önskar fördjupning i någon klinisk del. Exempel på sådan kan vara äldre tandvård, barn- och ungdomstandvård, parodontologi med inriktning på arbete vid en specialistklinik m.m. Därutöver bör det finnas möjligheter till rent administrativa utbildningar och utbildningar t.ex. i hälsopedagogik och folkhälsovetenskap. Vidare bör en tandhygienist kunna utbilda sig till ortodontiassistent genom en formaliserad ettårig utbildning. En sådan utbildning bör också stå öppen för den som genomgått en formaliserad gymnasial tandsköterskeutbildning som gett behörighet till vidare högskolestudier.

Utredningen vill betona att de olika utbildningsvägar som står till buds efter genomgången grundutbildning till tandhygienist bör ligga på högskolenivå. Vidare anser utredningen att det är arbetsgivarens ansvar att vidareutveckla sin personal och utbilda den personal som avses få arbetsuppgifter som vederbörande inte har kompetens för genom sin grundutbildning. För att underlätta för tandhygienister att delta i påbyggnadsutbildningar vill utredningen peka på möjligheter att bedriva dessa som distansutbildningar.

Genom grundutbildning och möjlighet till fördjupning via påbyggnadsutbildningar anser utredningen att tandhygienisterna ges samma utvecklingsmöjligheter som allmäntandläkarna. I en framtida arbetsorganisation torde en sådan modell kunna utvecklas till

gagn såväl för den enskilde individen som för arbetsgivaren, som med utgångspunkt i en diversifierad verksamhet kan anpassa de spetskompetenser som behövs inom tandhygienistens verksamhetsområde.

## 5.5 Tandtekniker

### 5.5.1 Arbetsmarknad

Arbetsmarknaden för tandtekniker har varit instabil under 1990-talets senare hälft och arbetslösheten relativt hög. Förändringar i tandvårdsförsäkringen har lett till en dyrare tandvård och minskad efterfrågan på tandtekniska arbeten, vilket i sin tur lett till en relativt hög arbetslöshet inom tandteknikerkåren. De flesta landsting har avvecklat sin tandtekniska verksamhet och nästan alla tandtekniker arbetar idag inom den privata sektorn som anställda på ett tandtekniskt laboratorium eller som egna företagare.

Behovet av avancerade tandtekniska konstruktioner förväntas emellertid öka genom förändringarna i tandvårdsförsäkringen den 1 juli 2002 och framtidsutsikterna för tandtekniker bedöms som goda. Under det senaste året har också efterfrågan på tandtekniker ökat markant och många varnar för att det inom kort kan uppstå brist på utbildad och yrkeskompetent personal inom tandteknikområdet.

### 5.5.2 Utbildning

Tandtekniker utbildas vid universiteten i Göteborg och Umeå, vid Karolinska Institutet i Stockholm och vid Malmö högskola. Sammantaget finns utrymme att utbilda 60 tandtekniker om året. De senaste tre åren har antalet examinerade tandtekniker dock inte uppgått till fler än i genomsnitt 45 per år. Av dessa blir endast ett drygt trettiotal från varje årskull yrkesverksamma som tandtekniker i Sverige. Det innebär att endast varannan utbildningsplats leder fram till en i Sverige yrkesverksam tandtekniker.

Tandteknikeryrket är ett internationellt gångbart yrke och i många länder råder stor brist på tandtekniker. Den svenska utbildningen, som delvis är integrerad med tandläkarutbildningen, bedöms hålla hög internationell klass och tandtekniker utbildade i Sverige har därför stora möjligheter till arbete utomlands.

Trots en instabil arbetsmarknad är tandteknikerutbildningen relativt populär och det går i genomsnitt tre förstahandssökande på varje utbildningsplats. Många studenter avbryter dock utbildningen under första eller andra terminen, i vissa fall en så hög andel som 30 procent. Skälen anges främst vara okunnighet om yrkets villkor eller att man saknar praktisk fallenhet. På de orter där en stor andel av platserna tillsätts via lokal antagning är avhoppen färre. En majoritet av studenterna är kvinnor och många har utländsk bakgrund.

Ämnen som ingår i utbildningen är anatomi och tandanatomi, histologi med cellbiologi, klinisk oral fysiologi, dentala material, kron- och broprotetik, implantat, käk- och ansiktsprotetik, ortodonti, tandhåsovård, laboratoriepraktik, vetenskapliga metoder och samhällsorienterande kurser. Teori varvas med praktik vid tandtekniska laboratorier. Examensarbete ingår också i utbildningen.

Utbildningen skiljer sig något mellan de olika utbildningsorterna, men generellt ger tandteknikerprogrammet kunskap om de olika material och arbetssätt som tillämpas i tandteknisk verksamhet och om sådana biologiska och fysiologiska faktorer som kan påverka funktionen av ett tandtekniskt arbete i munnen. Den vetenskapliga grunden för odontologiska beslut och kliniskt handlande utvecklas och förändras snabbt. Därför betonas att förmågan till livslångt, självständigt kunskapsökande och inläring är viktiga mål för tandteknikerutbildningen.

Tandteknikerutbildningen, som tidigare var en utbildning på gymnasienivå, har varit en högskoleutbildning sedan 1993. Tandteknikerexamen inrättades av regeringen år 1999. Året därpå gav Högskoleverket de odontologiska fakulteterna rätt att utfärda examensbevis. Vid samtliga fakulteter fanns sedan tidigare en yrkesförberedande tandteknikerutbildning.

Innan högskolorna beviljades examinationsrätt granskade Högskoleverket utbildningarna och konstaterade bl.a. att utbildningen i sin helhet höll god kvalitet men att den forskningsmässiga förankringen var bristfällig och att lärarkompetensen måste höjas för att stärka den akademiska utvecklingen inom området. Lärarna ansågs generellt vara för orienterade mot den hantverksmässiga delen av tandteknikeryrket och fakulteterna kritiserades för att inte tillgodose deras behov av vidareutbildning. För att skapa intresse för vidareutbildning och forskning bland studenterna föreslog Högskoleverket bl.a. att korta laboratoriepraktiken till förmån för



examensarbete. Fakulteterna uppmanades också att i högre grad försöka integrera tandtekniker- och tandläkarutbildningarna. En större integration mellan utbildningarna bedöms vara viktig för det framtida samarbetet inom tandvårdsteamet. Slutligen ansåg Högskoleverket att en uppföljande utvärdering av alla tandteknikerutbildningar i landet bör göras inom tre år.

### **Målen för tandteknikerutbildningen enligt högskoleförordningen (1993:100)**

Tandteknikerexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 120 poäng. Studenten skall då enligt gällande övergripande bestämmelser i högskoleförordningen ha

- de kunskaper och färdigheter som krävs för att kunna arbeta som tandtekniker,
- de kunskaper och färdigheter som krävs för att framställa olika typer av tandtekniska arbeten som används inom tandvården, liksom förmåga att bedöma och utvärdera kvaliteten på tandtekniska arbeten,
- kunskaper om dentala material och deras påverkan såväl i munhålan som på miljön, allmänna odontologiska behandlingsprinciper, bettfysiologi samt hygien,
- insikt i yrkesrollen som förbereder för samverkan med andra yrkesgrupper, förmåga att inom ramen för yrkesverksamheten värna om och respektera patientens behov.

Härutöver gäller de mål som respektive högskola bestämmer .

#### 5.5.3 Överväganden och förslag

##### **Utredningen anser att**

- antalet utbildningsplatser bör vara oförändrat,
- behov av s.k. kliniska tandtekniker inte finns.

I kapitel 4, Tandvårdens struktur, har behovet av tandtekniker diskuterats mera ingående. Ett flertal faktorer lyfts fram som medför att bedömningen av det framtida behovet av tandtekniker försvåras.

Dock anser utredningen att antalet utbildningsplatser på tandteknikerutbildningen är tillräckligt för att förse de svenska tandtekniska laboratorierna med personal. Nyttillskottet i form av nyutexaminerade täcker de prognostiserade pensionsavgångarna fram till år 2011.

Utredningen anser inte att det finns behov av att utbilda s.k. kliniska tandtekniker i Sverige. Kliniska tandtekniker, som bl.a. finns i Finland, har rätt att självständigt utprova och framställa avtagbara proteser. I Sverige kommer behovet av avtagbara proteser att minska och de som behöver sådana representerar så svåra behandlingsproblem att de inte bör lösas av kliniska tandtekniker.

## 5.6 Specialister

### 5.6.1 Kompetens som specialist

Enligt lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall en legitimerad läkare eller tandläkare som har gått igenom av regeringen föreskriven vidareutbildning efter ansökan få specialistkompetens. En läkare eller tandläkare får ange att han eller hon har specialistkompetens inom specialiteten i sitt yrke endast om han eller hon har sådan specialistkompetens (skyddad specialistbeteckning).

Enligt förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall den legitimerade tandläkare som vill uppnå specialistkompetens ha utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år efter att ha fått legitimation som tandläkare och skall därefter genomgå vidareutbildning under minst tre år. Specialistkompetens skall förvärfvas genom specialiseringstjänstgöring (ST), vilken består av tjänstgöring som tandläkare under handledning vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen och genom deltagande i kompletterande utbildning i form av kurser m.m.

De specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås är följande.

1. Pedodonti (barntandvård)
2. Ortodonti (tandreglering)
3. Parodontologi (tandlossningssjukdomar)
4. Oral kirurgi
5. Endodonti (rotbehandling)
6. Oral protetik

7. Odontologisk radiologi (röntgendiagnostik)
8. Bettfysiologi

Socialstyrelsen skall meddela föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som skall gälla för varje specialistkompetens (målbeskrivningar).

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd om tandläkares specialiseringstjänstgöring (SOSFS 1993:4). Föreskrifterna omfattar målbeskrivningar, specialiseringstjänstgöringens omfattning, godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring, intyg om genomförd specialiseringstjänstgöring samt bevis över specialistkompetens. Målbeskrivningarna för varje specialitet lägger fast vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som tandläkaren skall besitta för att uppfylla kraven på specialistkompetens inom specialiteten ifråga.

Tandläkarnas kompetensutveckling under specialiseringstjänstgöringen sker huvudsakligen genom praktisk tjänstgöring under handledning. Härutöver föreskrivs i förordningen att deltagande i kompletterande utbildning skall ingå i tandläkarens kompetensutveckling till specialist. Med kompletterande utbildning avses i första hand teoretiska studier.

Tjänstgöringen fullgörs på ST-tjänster med visstidsförordnanden inom landstingen eller vid högskola eller vid privata mottagningar. Efter genomgången specialiseringstjänstgöring skall tandläkaren genomgå ett slutprov med "examinator" från annan godkänd klinik inom specialiteten och ansvarig handledare skall utfärda ett intyg om att kraven i den fastställda målbeskrivningen uppnåtts.

Enligt uppgift från Socialstyrelsen uppgick antalet godkända kliniker för specialistutbildning och antalet utbildningsplatser den 31 maj 2001 till 103 respektive 182. Fördelningen framgår av följande tabell.

*Antal kliniker som godkänts för specialiseringstjänstgöring den 31 maj 2001 samt antalet utbildningsplatser*

Specialitet	Antal huvudkliniker	Antal platser vid huvudkliniker	Antal annexkliniker	Antal platser vid annexkliniker	Totalt antal platser
Pedodonti	6	12	4	6	18
Ortodonti	8	38	15	19	57
Parodontologi	7	19	7	8	27
Oral kirurgi	12	21	3	4	25
Endodonti	5	9	2	2	11
Oral protetik	11	19	8	9	28
Röntgendiagn.	6	6	2	2	8
Bettfysiologi	5	6	2	2	8
Totalt	60	130	43	52	182

*Källa:* Socialstyrelsen

138 platser var besatta med tandläkare under specialistutbildning i februari år 2001. Vissa tandläkare fullgör tjänstgöringen på deltid.

### 5.6.2 Landstingens planeringsansvar

Enligt tandvårdslagen (1985:125) skall varje landsting erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Den tandvård landstinget själv bedriver kallas folktandvård. Folktandvården skall bl.a. svara för regelbunden och fullständig tandvård, inklusive specialisttandvård, för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år samt specialisttandvård för vuxna. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för.

Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstinget.

### 5.6.3 Landstingens utbildningsansvar

Den 1 juli 1992 infördes ett nytt system för tandläkare att uppnå specialkompetens inom de åtta godkända specialiteterna. I regeringens proposition 1990/91:138 om vissa tandvårdsfrågor togs specialistutbildningen upp. Föredragande statsrådet anförde då att totalansvaret för kostnaderna för utbildningen borde ligga kvar på tandvårdshuvudmännen. Genom en sådan uppläggningsbedömning bedömdes att optimala förutsättningar skulle föreligga för en avvägning mellan utbildningskostnaderna och den framtida nyttan av en sådan utbildningssatsning. Riksdagen hade inga invändningar mot detta.

Landstingsförbundets styrelse beslutade i mars 1995 rekommendera att ett visst antal utbildningsplatser skall finansieras gemensamt av landstingen. Samtliga landsting följde från början Landstingsförbundets rekommendation. Stockholms läns landsting har emellertid beslutat att från och med år 2001 successivt lämna det gemensamma finansieringssystemet. Även inom andra landsting ifrågasätts finansieringssystemet.

Landstingsförbundets Samordningsgrupp för Tandläkarnas Specialiseringstjänstgöring (SATS) bedömer varje år behovet av ST-platser totalt och föreslår lokalisering av dessa samt vilken ersättning som skall utgå till de landsting som anordnar utbildningen. De platser som finansieras gemensamt av landstingen är s.k. fasta platser. Under år 2002 finns 54 fasta platser inrättade.

Utöver tandläkare på fast plats kan en utbildningsklinik anta annan tandläkare för ST-tjänstgöring på en godkänd utbildningsplats. En sådan s.k. avtalsplats finansieras genom direkt överenskommelse mellan utbildningskliniken och det egna eller ett annat landsting eller på annat sätt, t.ex. av en uppdragsgivare utanför landet. Ett 70-tal avtalsplatser finns inrättade år 2002.

### 5.6.4 Pensionsavgångar och tillskott

Under åren 2001–2010 kommer 438 specialister att uppnå den nuvarande pensionsåldern 65 år. Detta motsvarar 46 procent av samtliga de 949 specialister som år 2001 var 65 år eller yngre. Tyngdpunkten i avgångarna ligger inom alla specialiteterna under den senare delen av tioårsperioden. För att ersätta de 438 specialister som uppnår pensionsåldern under åren 2001–2010 behöver tillskottet vara 44 per år i genomsnitt.

I följande tabell visas antalet specialister som uppnår 65-års-åldern och det maximala tillskottet av nya specialister på de befintliga utbildningsplatserna under åren 2001–2010 beräknat efter en utbildningskapacitet på 2,5 specialister per plats under tioårsperioden.

*Antalet pensionsavgångar och maximalt tillskott av nya specialister på de godkända utbildningsplatserna under åren 2001–2010*

Specialitet	Antal pensions- avgångar	Antal utbildnings- platser	Max. tillskott med 2,5 utbildade per plats
Pedodonti	46	18	45
Ortodonti	148	57	143
Parodontologi	64	27	68
Oral kirurgi	67	25	63
Endodonti	25	11	28
Protetik	53	28	70
Röntgendiagn.	25	8	20
Bettfysiologi	10	8	20
Summa	438	182	457

Tillskottet skulle i stort sett motsvara avgångarna inom samtliga specialiteter utom oral protetik och bettfysiologi där en överkapacitet finns på utbildningsplatser under de givna förutsättningarna.

I februari år 2001 var endast 138 utbildningsplatser besatta med ST-tandläkare. Bibehålls den utbildningsvolymen, kommer cirka 345 specialister att bli färdigutbildade under de närmaste tio åren. Teoretiskt skulle då specialistkåren minska med drygt 90 personer eller med cirka tio procent under åren 2001–2010.

Socialstyrelsen har under hösten år 2001 frågat landets folktandvårdschefer hur många specialister dessa skulle anställa om specialister fanns tillgängliga på arbetsmarknaden. Av svaren framgår att cirka 100 specialister omgående skulle anställas. I mars 2002 förnyades enkäten. Det antal specialister folktandvården då önskade anställa hade minskat till cirka 80.

### 5.6.5 Tidigare utredningar

#### **1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning**

1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning lämnade i juni år 1990 till regeringen sin rapport *Specialisttandvården i framtiden* (Ds 1990:48) där bl.a. vårdbehov och värdefterfrågan belystes.

Utredningen föreslog att arbetsuppgifterna för framtidens specialister skulle vara att utföra mer komplicerade arbeten samt att vara konsulter åt allmäntandläkarna. Detta innebär att specialisterna skulle vara rent kliniska specialister men att de även skulle kunna delta i efterutbildningen av tandvårdspersonal och kliniskt utvecklingsarbete. Dessa senare arbetsuppgifter skulle emellertid inte ingå i kriterierna för om ett ämnesområde skulle vara specialitet eller inte.

Utredningen angav följande förslag till kriterier:

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

Mot bakgrund av dessa kriterier föreslog utredningen att de dåvarande sju specialiteterna skulle minskas till tre: ortodonti, oral kirurgi och oral rehabilitering. Utredningen föreslog också att barntandvård och odontologisk röntgendiagnostik skulle vara verksamhetsområden där Socialstyrelsen skulle utfärda allmänna råd vad gällde utbildningen för tandläkare som skulle inneha särskilda tjänster inom folktandvården.

Efter remissbehandlingen av rapporten bestämde regeringen att i stället för att minska antalet specialiteter från sju till tre skulle en åttonde tillkomma, nämligen bettfysiologi.

## Rapport från Socialstyrelsen år 1999

Socialstyrelsen anordnade år 1999 ett seminarium om de odontologiska specialiteterna där representanter för de olika specialistföreningarna, de odontologiska fakulteterna/institutionerna, Landstingsförbundet och allmäntandläkarna deltog. De synpunkter som framkom redovisas i rapporten *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården* (1999).

En av de frågor som diskuterades var om specialisternas huvudsakliga verksamhet i framtiden kommer att överensstämma med målen för den nuvarande specialistverksamheten enligt SOSFS 1993:4. Generellt ansågs att en större del av arbetstiden i framtiden kommer att ägnas åt konsult/rådgivarverksamhet, kompetens- och kvalitetsutveckling inom allmäntandvården samt eget forsknings- och utvecklingsarbete.

Inom vissa områden framfördes specifika synpunkter.

Inom *pedodonti* förutsågs ett ökat engagemang i kvalitetssäkring, epidemiologiska uppföljningar och utbildningsinsatser för nya vårdgivare. Inom *ortodonti* kan man förvänta sig en ökad delegering av arbetsuppgifter till ortodontiassistenter. En ökad förekomst av funktionellt betingad huvudvärk hos barn kan kräva ökade insatser inom ortodontin.

Kraven på att utveckla och värdera nya behandlingsmetoder och material inom den *orala protetiken* kommer att öka. Metoderna för undersökning inom *odontologisk radiologi* kommer att förändras ytterligare genom införandet av digital teknik och bildbehandling. För *bettfysiologi* förutsågs ett ökat samarbete med medicinska smärtgrupper och smärtenheter. Förekomsten av sjukdomar i muskler och skelett förväntas öka. Ett starkt samband mellan allmän sjuklighet och besvär från käksystemet har påvisats i ett stort antal vetenskapliga studier.

När det gällde den framtida arbetsfördelningen mellan specialist och allmäntandläkare förutsågs att specialisten skulle få en mer konsultativ, rådgivande roll. En kontinuerlig överföring av nya metoder och behandlingssätt till allmäntandvården kommer att ske. Specialisten kan då företrädesvis ägna sig åt diagnostik och behandlingsplanering medan allmäntandläkaren utför behandlingen. Telemedicinen förväntades i hög grad påverka specialisternas verksamhet i framtiden och bli ett naturligt led i samverkan mellan



specialist och allmäntandläkare. Genom denna teknik skulle nya former för konsultationer kunna utvecklas.

### **Konferens i Jönköping år 2001**

Odontologiska institutionen i Jönköping anordnade i september 2001 en konferens och debatt kring temat Framtidens specialistverksamhet inom tandvården. Konferensdeltagarna representerade olika intressegrupperingar inom tandvården. Vid konferensen behandlades frågor kring specialisternas arbetsuppgifter, behovet av specialister, behovet av specialistutbildningsplatser och kvalitets-säkring av specialistutbildningen.

En samstämmig uppfattning var att en av specialisternas viktigaste uppgifter var att överföra kunskaper till allmäntandläkarna och att mer av specialisternas arbetstid borde ägnas åt detta. Allmäntandläkarna borde också få mer tid att ägna sig åt mindre forskningsprojekt med klinisk inriktning för att arbetet skulle bli mer stimulerande. Specialisterna har en viktig roll som rådgivare och stödpersoner i sådana projekt. Det påpekades särskilt att finansieringen av dessa specialistverksamheter borde klarläggas. Den kan inte ske via arvoden för specialisternas kliniska verksamhet.

Frågan om det framtida behovet av specialister fick inget entydigt svar. Ytterst är det allmäntandläkarnas och patienternas bedömningar och önskemål som styr efterfrågan och därmed behovet. Det påpekades också att en kompetenshöjning hos allmäntandläkarna och ett ökat samarbete med konsultationer hos specialisterna också syns leda till ett ökat antal remisser för specialistvård. Ett ökat samarbete mellan den allmänna sjukvården och tandvården leder också till en ökad efterfrågan på specialisternas insatser.

Något behov av att öka antalet utbildningsplatser för specialister ansågs inte finnas mot bakgrund av att endast cirka 70 procent av de godkända platserna utnyttjas idag.

När det gäller utbildningens organisation och kvalitetssäkring förordades en koncentration till färre enheter för den teoretiska utbildningen medan den kliniska utbildningen och träningen borde kunna ske mer lokalt. En utbyggd distansutbildning skulle kunna främja en sådan ordning. Frågan ställdes varför inte distansutbildning och telemedicin hade kommit längre. Det bedömdes att

utvecklingen fortfarande låg i sin linda men att den borde kunna accelerera.

#### 5.6.6 Specialitet i sjukhustandvård

Behovet av särskild kompetens vid tandvård för vuxna med funktionsnedsättningar och vissa sjukdomar behandlades i regeringens proposition 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*. Utgångspunkten var en utredning som odontologiska fakulteten vid Karolinska institutet gjort på regeringens uppdrag.

I utredningen konstaterades att behovet av en odontologisk kompetens, som inte ryms inom de nuvarande specialiteterna, hade blivit alltmer uppenbar då utvecklingen inom den medicinska vården går mot att alltmer komplicerade sjukdomstillstånd kan behandlas och att långtidsöverlevnaden ökar. Dessutom ökar antalet äldre med sjukdom eller funktionshinder. Den speciella kompetens som en sjukhustandläkare behöver är enligt utredningen betingad av samspelet mellan patientens förändrade allmäntillstånd eller funktionshinder och odontologiska vårdbehov.

Landstingen ansåg i allmänhet i sina remissvar att det är angeläget att personalen besitter erforderlig kompetens. Samtidigt ansågs att kompetenskrav och utbildningar inte borde vara statligt reglerade.

Regeringen bedömde att förutsättningarna för att införa nationella krav när det gäller kompetensen för att behandla patienter med långvariga sjukdomar eller funktionshinder förändrades genom det i propositionen framlagda förslaget till förändrat ersättningsystem. En tyngdpunkt bedömdes i framtiden ligga på tandvården åt dessa grupper. Vården skall kunna utföras av vårdgivare både inom folktandvården och inom den privata sektorn. Kvalitetskraven på kompetensen måste säkras genom gemensamma bestämmelser som gäller alla vårdgivare.

Regeringen konstaterade att den själv bestämmer om vilka specialiteter som skall finnas. Regeringen meddelade också i propositionen sin avsikt att ge Socialstyrelsen i uppdrag att inkomma med förslag till hur en målbeskrivning för en specialitet inom ämnesområdet bör utformas. Något sådant uppdrag har emellertid inte getts.

Socialutskottet berörde inte frågan om en specialitet i sjukhus-tandvård i sitt betänkande (1997/98:SoU25) med anledning av propositionen.

Regeringen har till utredningen överlämnat en skrivelse från Svensk Sjukhustandläkarförening från maj år 2000 som var ställd till socialministern. I skrivelsen påtalas behovet av en specialitet i sjukhustandvård. En sådan specialitet skulle vara ett kompetens- och kvalitetshöjande bidrag till hela den medicinsk-odontologiska verksamheten i Sverige, enligt Sjukhustandläkarföreningen.

### 5.6.7 Specialisternas verksamhet

Utredningen har under sommaren år 2001 genomfört en enkät till alla i landet bosatta tandläkare med specialistkompetens som var födda år 1936 eller senare, dvs. till dem som fyllde högst 65 år under år 2001. Resultatet har redovisats i rapporten *Specialisttandläkarnas verksamhet år 2001*. Rapporten finns som bilaga till betänkandet.

I maj år 2001 fanns 949 tandläkare med specialistbehörighet födda år 1936 eller senare och bosatta i landet. I följande tabell visas fördelningen mellan de olika specialiteterna och efter kön.

*Antalet tandläkare med specialistbehörighet födda år 1936 eller senare och bosatta i Sverige i maj år 2001*

Specialitet	Antal specialister, kvinnor	Antal specialister, män	Antal specialister, totalt
Pedodonti	70	30	100
Ortodonti	112	170	282
Parodontologi	38	101	139
Oral kirurgi	25	128	153
Endodonti	16	31	47
Oral protetik	27	110	137
Röntgendiagn.	27	27	54
Bettfysiologi	17	20	37
Totalt	332	617	949

*Källa.* Socialstyrelsen

Den största specialiteten är ortodonti med 282 specialister. Bettfysiologi är minst med 37 specialister. Totalt består specialistkåren av 35 procent kvinnor och 65 procent män. Den största andelen kvinnor – 70 procent – finns inom pedodonti och den största andelen män inom oral kirurgi – 83 procent.

Andelen yrkesverksamma varierar mellan specialiteterna – från 84 procent inom pedodonti till 95 procent inom endodonti. Den genomsnittliga yrkesverksamhetsgraden var 89 procent. Det totala antalet yrkesverksamma specialister år 2001 uppskattas till cirka 850.

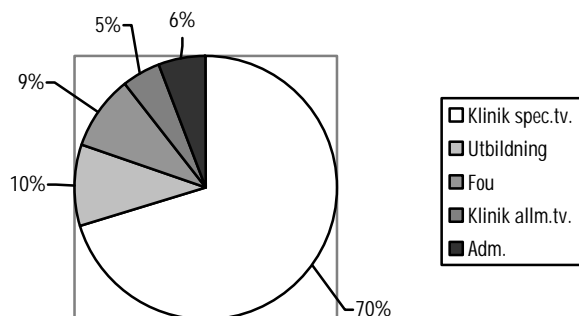
Den totala omfattningen av specialisttandvården i landet uppskattas till 1 253 000 timmar år 2001.

I enkäten efterfrågades hur arbetstiden fördelades mellan följande verksamheter:

- Klinisk verksamhet inom specialiteten
  - inom folktandvård,
  - vid universitet,
  - inom privattandvård.
- Utbildningsverksamhet inom specialiteten.
- Forsknings- och utvecklingsarbete inom specialiteten.
- Klinisk verksamhet inom allmäntandvård.
- Tandvårdsadministration.

I följande diagram visas hur specialisternas arbetstid fördelar sig mellan de olika verksamheterna.

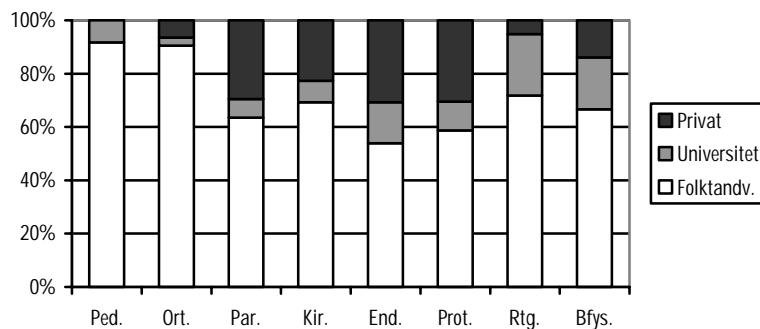
Arbetstidens fördelning bland specialisterna mellan olika verksamheter år 2001



Sjuttio procent av arbetstiden ägnas åt klinisk verksamhet inom specialiteten och endast fem procent åt allmäntandvård. Utbildning/handledning samt forskning och utvecklingsarbete upptar tio respektive nio procent av arbetstiden. Administration upptar sex procent.

Den kliniska tidens fördelning mellan folktandvård, universitet/högskola och privatpraktik framgår av följande diagram.

*Den kliniska tidens fördelning på olika arbetsgivare år 2001*



Diagrammet visar att ingen privat verksamhet förekommer inom pedodonti och har liten omfattning inom ortodonti och röntgendiagnostik. Inom parodontologi, kirurgi, endodonti och oral protetik bedrivs cirka 30 procent av verksamheten inom privat-tandvård. En förhållandevis stor andel av verksamheten inom röntgendiagnostik och bettfysiologi bedrivs vid universiteten. Den kliniska verksamheten vid universiteten i Göteborg och Umeå har hänförs till "Universitet" trots att landstingen formellt är huvudmän för tandvården vid dessa universitet. Den oralkirurgi som inom vissa landsting organisatoriskt bedrivs inom hälso- och sjukvården, har i denna redovisning hänförs till folktandvården.

### 5.6.8 Överväganden och förslag

**Utredningen föreslår att**

- i tandvårdslagen införs en bestämmelse som tydliggör landstingens ansvar för specialistutbildningen,
- antalet specialister bibehålls med cirka 850, detta innebär att specialistutbildningen måste utökas, utredningen anser inte att någon utökning av antalet specialiteter bör ske,
- Socialstyrelsen ser över innehållet och målbeskrivningarna inom de befintliga specialiteterna,
- en utvärdering och översyn görs av bestämmelserna i övrigt för specialistutbildningen samt
- att landstingen ges ett lagstadgat ansvar att finansiera, planera och genomföra kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete på tandvårdens område.

Utredningen förutsätter att Landstingsförbundet även fortsättningsvis noga följer behovet av specialister och samordnar utbildningen inom de olika landstingen. Universitetens och högskolornas behov av specialistkompetenta tandläkare för undervisningen och forskningen måste därvid också beaktas.

Det är utredningens bedömning att antalet specialister bör bibehållas på dagens nivå och att relationen mellan allmäntandläkare och specialister bör bibehållas. Däremot kan förskjutningar i antalet mellan de olika specialiteterna bli aktuella.

Utredningen anser inte att någon utökning av antalet specialiteter bör ske. De problem som hänger samman med vården av äldre och funktionshindrade samt sådan vård som är ett led i en sjukdomsbehandling bör i ökad utsträckning beaktas i utbildningarna inom de nuvarande specialiteterna.

**Behov och efterfrågan**

Det framtida behovet av och efterfrågan på specialisttandvård är beroende av flera faktorer. Exempel på sådana är

- sjukdomsutvecklingen,
- behandlingsmetodernas utveckling,
- kostnadsutvecklingen och subventionssystemen,
- tillgången på specialisttandvård,

- specialisttandvårdens innehåll,
- allmäntandläkarnas kompetens,
- specialisttandvårdens organisation,
- utvecklingen av telemedicinen samt
- patienternas krav.

Utredningen har i huvudsak ingen annan uppfattning än den som speglas i experternas tidigare redovisade framtidsbedömningar angående *sjukdomsutvecklingen och behandlingsmetodernas utveckling*. Den yngre generationens förbättrade tandhälsa kommer att medföra ett mindre komplicerat vårdbehov senare i livet och därmed ett minskat behov av specialisttandvård. Detta motverkas emellertid av att den äldsta generationen i gengäld blir mer komplicerad att behandla på grund av att de äldre har allt fler tänder med omfattande protetiska restaurationer i behåll. Behandlingen av en åldrande befolkning med ett tandvårdsbehov, som alltmer relateras till allmänsjukdomar eller funktionsnedsättningar, ställer nya krav på specialisttandvårdens kompetens. Behovet av att utvärdera och kritiskt granska nya behandlingsmetoder kommer att öka.

Den allmänt förbättrade tandhälsan hos barn och ungdomar bör leda fram till ett minskat behov av specialistinsatser i pedodonti. Det minskade barnafödandet kommer på sikt också att minska behovet av specialister i pedodonti och ortodonti. Det finns dock ett ökande behov av specialistvård åt barn och ungdomar med allmänsjukdomar och funktionshinder. De ökande överlevnads- och möjligheterna för barn med låg födelsevikt, med multihandikapp och med maligna sjukdomar ställer ökade krav på sjukvården och tandvården med behov av ökade specialistinsatser.

Behovet av specialistvård inom ortodonti kommer att vara oförändrat genom att frekvensen bettavvikelser i befolkningen inte kan förväntas bli annorlunda i framtiden. Behovet av specialister är dock beroende på i vilken utsträckning landstingen i framtiden är beredda att bekosta tandregleringar inom den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

Behovet av specialister i parodontologi kan inte förväntas minska bl.a. därför att alltfler patienter önskar behålla sina tänder även om dessa drabbas av parodontit. Det finns å andra sidan en trend till att i ökande utsträckning ta bort tänder där fästet allvarligt skadats av tandlossningssjukdom och ersätta dessa med implantat. Det har emellertid också visat sig att alltfler patienter som fått implantat får

infektioner vid dessa med risk för att implantaten lossnar. Dessa infektioner kräver ibland behandling av specialist. Utredningen föreslår i annat sammanhang att viss tandvård vid behandling av allvarlig tandlossningssjukdom skall betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. En förutsättning för detta bör enligt utredningens mening vara att patienten skall ha undersökts och terapiplanerats av en specialist och att denne också bör utföra behandlingen och följa upp resultatet.

Inom odontologisk radiologi har den digitala tekniken för att framställa bilder utvecklats kraftigt och en stor omställning av det radiologiska arbetet inom tandvården har påbörjats. I detta ligger bl.a. ett ökande samarbete med den medicinska radiologin. Digitaliseringen ställer stora krav på medverkan av specialister när det gäller utbildning av tandvårdspersonalen.

Den tekniska utvecklingen när det gäller nya material och avancerade apparater accelererar. Nya metoder kommer först i användning inom specialisttandvården och det är viktigt att utvärderingar sker där och att specialisterna för ut sina erfarenheter till allmäntandvården så att inte fabrikanternas värderingar och påståenden blir de enda tillgängliga. För detta krävs resurser för forskning och utvecklingsarbete inom specialisttandvården.

Ett ökat samarbete mellan sjukvården och tandvården torde medföra ökad efterfrågan på specialisternas medverkan.

*Kostnads- och prisutvecklingen* inom specialisttandvården och utformningen av subventionssystemet påverkar efterfrågan på specialisttandvård. Det finns inga undersökningar som visar hur priserna för specialisttandvård har ändrats från och med år 1999, då den statliga prisregleringen upphörde. Inom allmäntandvården har till och med januari år 2002 priserna ökat i storleksordningen 40 procent. Före år 1999 låg den reglerade taxan för specialisttandvård 30 procent över taxan för allmäntandvård. Denna relation torde i stort sett ha behållits inom folktandvården. Den privata allmäntandvården har anpassat sig till folktandvårdens priser i de olika landstingsområdena, men ligger generellt på en högre nivå. Samma förhållande gäller sannolikt även för den privata specialisttandvården. Det finns inget som talar för att prisökningarna, och den relativt sett försämrade ersättningen från tandvårdsförsäkring som dessa lett till, har minskat efterfrågan på specialisttandvård. Folktandvården uppger, våren år 2002, att man skulle anställa cirka 80 nya specialister om det var möjligt. Införandet av ett kostnadstak på 7 700 kronor för protetik för dem som är 65 år



och äldre från och med den 1 juli år 2002 kan förväntas medföra en ökad efterfrågan på specialisttandvård inom protetik. Tekniskt komplicerade och därmed kostnadskrävande protetiska konstruktioner kommer att bli möjliga att efterfråga för en större patientgrupp än idag.

En ökad *tillgång på specialisttandvård* skapar också en ökad efterfrågan. I storstadsområdena där tillgången till specialister är förhållandevis god och det också finns en betydande privat marknad blir det naturligt för allmäntandläkarna att i ökad utsträckning remittera till specialist. Det blir också naturligare för patienterna att direkt söka vård där den högsta kompetensen finns under förutsättning att ekonomin tillåter det.

*Innehållet i specialisttandvården* består till 70 procent av klinisk verksamhet och till cirka 10 procent utbildning respektive forskning/utvecklingsarbete. I tidigare avsnitt har det redogjorts för den oro som finns inom den svenska tandvården över att den kliniska färdigheten hos nyexaminerade tandläkare successivt tycks minska. I första hand är det en uppgift för äldre och erfarnare allmäntandläkare att handleda de nyexaminerade. För att mera generellt öka allmäntandläkarnas kompetens behövs en utökad efterutbildning och kompetensutveckling. Även hos övrig tandvårdspersonal finns ett ökat behov av efterutbildning och kompetensutveckling med hänsyn till utvecklingen inom odontologin. För denna utbildning och utveckling svarar i första hand specialisterna. Specialisterna bör i ökad utsträckning ägna sig åt detta och åt konsultationer till allmäntandläkarna. Den egna kliniska verksamheten kommer då att minska. För att klara den omställningen behöver teleteknik i stor utsträckning användas. Sker inte detta, kommer behovet av specialisttandläkare att öka.

För att den begränsade tillgången på specialister skall utnyttjas på bästa sätt är det en förutsättning att dessa gör sådana prioriteringar i arbetet så att resurserna i första hand kommer dem till del som bäst behöver vården. Detta gäller specialister i både folktandvården och i privat verksamhet. Ett sätt att minska risken för att resurserna används på ett sätt som inte är rättvist med hänsyn till befolkningens behov är att det träffas lokala överenskommelser inom ramen för landstingens planeringsansvar.

*Allmäntandläkarnas kompetens* påverkar efterfrågan på specialistkonsultationer och specialistvård. I områden där tillgången till specialister är mindre och inga privata specialister finns, tvingas allmäntandläkarna att i större utsträckning utveckla sin egen

kompetens och specialisterna måste i större utsträckning ha en konsultativ roll. Det är där lättare att genomföra effektiva vårdprogram och fördela de begränsade resurserna på ett rättvist sätt än i storstadsområdena. Där har de privata vårdgivarna möjlighet att i större utsträckning arbeta efter egna önskemål och prioriteringar utan offentlig styrning för att tillgodose önskemål från de allmäntandläkare med vilka samarbete sker.

*Specialisttandvårdens organisation* påverkas av tillgången på specialister och av hur samarbetet med allmäntandläkarna fungerar. Övergången till en mer konsultativ roll för specialisterna och ett ökat utnyttjande av telemedicin bör påverka organisationen. Ett enhetligt synsätt inom folktandvården och hos de privata vårdgivarna när det gäller prioriteringar bör eftersträvas. Samverkan mellan flera landsting inom vissa specialiteter bör kunna ske i ökad utsträckning. En större samverkan mellan olika specialiteter som kompletterar varandra bör kunna utvecklas till lokala kunskapscentra och förbättra vårdkedjorna.

*Patienternas krav* på omhändertagande på den högsta kompetensnivån förväntas som nämnts öka. Detta kan leda till ett arbetssätt som inte är effektivt. Allmäntandläkare och specialister måste sträva efter att ge vården på lägsta effektiva omhändertagandenivå och att skapa trygghet och tillit hos patienterna för detta sätt att arbeta.

### **Antalet specialister**

Antalet yrkesverksamma specialister år 2001 uppskattades till cirka 850 och antalet yrkesverksamma allmäntandläkare till mellan 7 500 och 7 600. Sammanfattningsvis bedömer utredningen att dagens relation mellan yrkesverksamma allmäntandläkare och specialister – cirka 9:1 – bibehålls. Detta innebär att antalet yrkesverksamma specialister år 2010 skulle behöva uppgå till oförändrat omkring 850, då det totala antalet yrkesverksamma tandläkare uppskattas bli oförändrat mellan 7 500 och 7 600.

Utredningen har tidigare visat att om den nuvarande utbildningstakten bibehålls med 138 ST-platser besatta, skulle antalet specialister som är under 65 år minska med drygt 90 personer fram till år 2010. En ökning av antalet besatta utbildningsplatser behövs därför för att bibehålla antalet yrkesverksamma specialister. Det måste dock understrykas att variationer är stora mellan specialite-

terna och att detta måste beaktas då utbildningsplatserna fördelas mellan specialiteterna.

För att inte behovet av specialister skall öka förutsätts att allmäntandläkarnas kompetens ökar, att specialisterna i ökad utsträckning ägnar sig åt konsultativ verksamhet, att allmäntandläkarna koncentrerar sin verksamhet på sådant som endast de kan utföra, att specialisternas genomsnittliga arbetstid inte förkortas och att andelen specialister som är yrkesverksamma i landet inte minskar. Sker inte detta, måste specialistutbildningen öka ytterligare.

Landstingens ansvar för specialistutbildningen är inte reglerat genom lag i motsats till vad som gäller inom hälso- och sjukvården. I 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges att i landstingen skall finnas möjlighet till anställning för läkares specialiserings-tjänstgöring som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Utredningen anser att för att undvika tveksamhet om landstingens ansvar för tandläkares specialistutbildning bör motsvarande bestämmelse införas i tandvårdslagen (1985:125). Genom att i lagtexten ange att landstingen skall samverka med varandra om utbildningen av specialister till det antal som behövs, betonas det gemensamma ansvaret för landstingen. Endast om alla landsting samarbetar kring specialistutbildningen, kan den långsiktiga försörjningen över hela landet med specialister garanteras.

Utredningen förutsätter att Landstingsförbundet även i fortsättningen årligen samordnar landstingens bedömningar av det framtida behovet av specialister inom de olika verksamhetsområdena och omsätter dessa i rekommendationer till de landsting, som hos sig har utbildningskliniker, om antalet ST-tjänster, dessas fördelning på specialiteter samt hur kostnaderna för utbildningen skall fördelas mellan landstingen. Därvid bör också fortlöpande prövas om de önskvärda förändringarna verkligen sker när det gäller arbetsättet m.m. inom tandvården så att antalet specialister inte behöver öka.

Landstingen måste också beakta det behov av specialister som behövs för undervisningen och forskningen vid universiteten och högskolorna. Landstingen bör reservera ett tillräckligt antal ST-tjänster för högskolornas behov och anpassa antagnings- och tjänstgöringsreglerna så att en kombinerad specialist- och forskarutbildning kan genomföras. En förutsättning för att svensk tandvård skall kunna behålla sin höga kvalitativa nivå är att tand-

läkarutbildningen har lärare som är både specialister och forskare. För närvarande redovisar högskolorna svårigheter att rekrytera och behålla goda kliniker och forskare. Till detta bidrar att den allmänna lönenivån bland tandläkarna kraftigt ökat under senare år. Att erbjuda konkurrenskraftiga löner och andra arbetsvillkor är en arbetsgivarfråga.

Landstingen har också ansvar för att utbilda specialister för den privata marknadens behov och inte enbart för den egna folktandvårdens och högskolornas. Antagningsreglerna bör därför vara sådana att även tandläkare som är privat verksamma har möjlighet att komma ifråga för anställning på ST-tjänsterna.

Utredningen vill erinra om att tjänsterna för specialisttjänstgöring inom folktandvården och universiteten gäller vad som föreskrivs i regeringsformen (1974:152) och i lagen om offentlig anställning (1976:600). Vid tillsättning av tjänst skall avseende endast fästas vid sakliga grunder såsom förtjänst och skicklighet. Skickligheten skall därvid sättas främst om det inte finns särskilda skäl för något annat.

Det finns en målkonflikt i att landstingen har behov av att utbilda specialister på många platser i landet och de fyra högskolornas behov av att hos sig utbilda kombinerade specialister och forskare. Med tanke på att den nuvarande ordningen för specialistutbildningen tillkom år 1992 finns det mot bakgrund av den här beskrivna utvecklingen skäl att utvärdera effekterna av de nuvarande reglerna. Därvid bör också övervägas om vissa bestämmelser, som nu fastställs i föreskrifter från Socialstyrelsen, för tydlighetens skull i stället bör regleras i förordning.

### **Innehållet i specialistutbildningen**

Det är viktigt att innehållet i specialistutbildningen utvecklas i takt med de förändringar som sker och förväntas ske inom tandvården. Detta gäller både förändringar i befolkningen och i dennas behov av tandvård samt i den tekniska utvecklingen. Det måste också ske en fortlöpande översyn av innehållet med hänsyn till patienternas ökade krav på kvalitet i vården, till utvecklingen inom de medicinska gränsområdena, till tandvårdens organisation och arbetsfördelningen mellan de olika personalkategorierna. Inte minst måste omhändertagandet av äldre, sjuka och funktionshindrade i högre grad än i dag ingå i alla specialistutbildningar.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen inom ramen för sitt bemyndigande enligt förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ser över innehållet i målbeskrivningarna för de olika specialiteterna. I det sammanhanget bör det också övervägas om föreskrifterna om godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring skall ändras. Likaså bör det övervägas om benämningen på specialiteterna överensstämmer med dagens praxis. Detta gäller t.ex. oral kirurgi där den gängse benämningen nu är käkkirurgi.

### **Antalet specialiteter**

Utredningen har inte i uppdrag att se över antalet specialiteter. Med hänsyn till tidigare uttalande från regeringen när det gäller sjukhustandvård som en ny specialitet, vill utredningen ändå kommentera detta.

Antalet specialiteter inom tandvården i Sverige är stort i ett internationellt perspektiv. Även om det i enstaka länder, t.ex. England och Island förekommer en ännu längre gående specialisering, är motsatsen vanligare. Inom EU finns enbart två godkända specialiteter, nämligen ortodonti och oral kirurgi.

Inom Socialstyrelsen pågår för närvarande ett utredningsarbete enligt ett regeringsuppdrag bl.a. i syfte att minska antalet specialiteter in om hälso- och sjukvården. De är för närvarande 62.

1989 års utredning om tandläkarnas specialistutbildning föreslog en minskning till tre specialiteter inom tandvården. Specialisttandvården borde enligt den utredningen ges under så samhälls-ekonomiskt effektiva former som möjligt. Utredningen ansåg att det kunde ifrågasättas om ett stort antal specialiteter bidrog till detta. Utredningen formulerade kriterier för ett verksamhetsområde som skall vara en specialitet inom tandvården. Dessa kriterier förefaller fortfarande relevanta.

Mot denna bakgrund bör inte sjukhustandvård bli en ny och nionde specialitet inom tandvården. Kriteriet att ett specialistområde skall vara ett väl avgränsat, kliniskt verksamhetsområde uppfylls inte. Sjukhustandvård är en mångfasetterad verksamhet. Det finns sjukhustandvård som går ut på att ge patienter på sjukhus och sjukhem och i gruppbestäder vanlig tandvård. Det finns också sjukhustandvård lokaliserad till akutsjukhus där man arbetar med infektionsutredningar och infektionssaneringar t.ex. vid organ-

transplantationer, immunodepressiv behandling, strålningsterapi, blödningssjukdomar och dialys. Utöver detta förekommer tandvård i samband med intensivvård och terminalvård samt andra odontologiska konsultationer och behandlingar på patienter med en rad olika sjukdomar. Ämnet oral medicin har också angetts som ett område för sjukhustandvården.

Utredningen har i många sammanhang framhållit att framtidens tandvård i större utsträckning än i dag kommer att inriktas på omhändertagande av äldre, sjuka och funktionshindrade patienter. Både när det gäller förebyggande och behandling av karies och utförande av protetiska ersättningar för förlorade tänder, är problem-bilden annorlunda än hos yngre, friska patienter. Omhändertagandet av äldre, sjuka och funktionshindrade måste emellertid bli en uppgift för flertalet verksamma tandläkare och inte för ett fåtal specialister. Utredningen betonar i annat sammanhang att undervisningen om detta verksamhetsområde måste ökas inom tandläkar- och tandhygienistutbildningarna. Även inom specialistutbildningarna måste detta beaktas. Detta bör ske i den översyn av målbeskrivningarna för de nuvarande specialiteterna som Socialstyrelsen föreslås genomföra.

### Resurser för klinisk forskning och utveckling

Utredningen har i många sammanhang framhållit betydelsen av att det bedrivs ett kontinuerligt forsknings- och utvecklingsarbete för att den svenska tandvården skall utvecklas på önskvärt sätt. När det gäller den kliniska forskningen och utvecklingen bedrivs denna till största delen av specialister. Omkring tio procent av specialisternas arbetstid ägnas åt sådan verksamhet enligt den undersökning som utredningen genomfört.

Finansieringen av den kliniska forskningen och utvecklingsarbetet liksom folkhälsovetenskaplig forskning inom tandvårdens område sker i dag huvudsakligen genom landstingen. Det uppfattas traditionellt som en självklar uppgift för landstingen att inom i första hand folktandvården bedriva sådan verksamhet även om det inte föreligger någon formellt föreskriven skyldighet. Fram till tandvårdsreformen den 1 januari 1999 fick inte landstingen ta ut ett högre arvode för sin specialisttandvård än för allmäntandvården. Det var då en självklarhet att bidrag från landstingen krävdes för att finansiera specialisttandvården. Av dessa bidrag användes en del för

forsknings- och utvecklingsarbete. Från och med år 1999 får landstingen ta ut avgift för specialisttandvård åt vuxna, med undantag av viss oralkirurgisk vård, som täcker kostnaderna.

Finansieringen av forsknings- och utvecklingsarbetet har emellertid därmed inte lösts. En fortgående omorganisation pågår inom landstingens tandvård som innebär att rollen som s.k. beställare med uppgift som planerare, finansiär och uppföljare skiljs från den rena utförarrollen. Landstingens folktandvård blir i dessa fall en ren utförarorganisation som inte disponerar andra ekonomiska resurser än de som tillkommer genom vårdarvoden och betalning för sådana uppdrag som landstingets beställare eller någon annan ger folktandvården. Det finns med en sådan organisation en uppenbar risk för att resurser inte avsätts för det för den svenska tandvårdens långsiktiga utveckling nödvändiga forsknings- och utvecklingsarbetet eftersom det inte är en uppgift som åligger landstingen genom lag eller förordning.

Utredningen anser att tandvårdslagen bör kompletteras med en bestämmelse som, på samma sätt som gäller för hälso- och sjukvården, föreskriver att landstingen skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Det är också naturligt att landstingen i dessa frågor samverkar med varandra och med berörda universitet och högskolor i den omfattning som behövs. Detta bör också föreskrivas i lag. Utredningen föreslår att tandvårdslagen (1985:125) tillförs en ny 15 b § med denna innebörd.

## 6 Det ekonomiska stödet för tandvård

I tidigare kapitel har utredningen redovisat en framskrivning av vårdbehov i olika åldersgrupper samt presenterat ett principförslag till prioriteringar av stöd för den framtida tandvården. Utredningen har också poängterat att utgångspunkten för utformningen och utvidgningen av det framtida tandvårdsstödet skall vara att detta i första hand skall lämnas till den bastandvård som är nödvändig för att uppnå och behålla en god tandhälsa och för att förhindra att större skador uppkommer i framtiden. Därutöver skall det också finnas ett skydd mot höga behandlingskostnader så att de som är i behov av omfattande protetiska konstruktioner i form av kronor, broar och implantat skall ha råd att utföra den vård som erfordras.

Utredningen föreslår också omfattande förbättringar för stödet till tandvård som har samband med allmänsjukdomar m.m.

### 6.1 Tandvård i samband med sjukdom eller funktionshinder

#### 6.1.1 Landstingens ansvar

Landstingens ansvar för tandvård regleras i tandvårdslagen (1985:125). I detta ingår ansvar för patienter med särskilda behov.

Enligt 7 § tandvårdslagen skall landstingets folktandvård 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 samt
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning landstinget bedömer lämplig.

I 8 § föreskrivs att landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård och att denna plan-



ering skall avse även sådan tandvård som erbjuds av annan än landstinget. Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

8 a § anger att vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller
2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
4. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg och service som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.

Landstinget skall också svara för att nödvändig tandvård erbjuds dessa patienter. Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Om vårdavgifter föreskrivs i 15 a §. Barn- och ungdomsvården enligt 7 § 1. skall vara avgiftsfri såvida den inte gäller utblivande från avtalat tandvårdsbesök eller sådan tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och som inte ersätts till någon del enligt lagen om allmän försäkring, gäller bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Ett landsting får enligt 5 § sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för. För dem som omfattas av 8 a §, dvs. boende på sjukhem m.m. samt för dem som behöver tandvård som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling, gäller dock enligt 15 § att de har rätt att välja om tandbehandlingen skall utföras av folktandvården eller av en privat vårdgivare.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2. och 3. får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget bestämmer om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Med stöd av tandvårdslagen har regeringen utfärdat tandvårdsförordning (1998:1338) där förutsättningarna för stöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling närmare beskrivs. I förordningen definieras bl.a. tretton behandlingar som skall vara led i en sjukdomsbehandling och betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Dessa behandlingar är

1. Behandling vid missbildning.
2. Behandling vid defekt på grund av sjukdom.
3. Behandling vid epileptiskt anfall.
4. Infektionsbehandling inför kirurgiskt ingrepp.
5. Behandling vid nedsatt immunförsvar.
6. Utredning om odontologiskt samband med grundsjukdom.
7. Behandling vid strålbehandling.
8. Behandling vid orofaciala smärtsyndrom.
9. Behandling vid allvarlig sömnapné.
10. Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.
11. Utbyte av fyllningar vid avvikande reaktion mot dentala material.
12. Utbyte av fyllningar vid medicinsk rehabilitering.
13. Behandling vid Sjögrens syndrom och efter strålbehandling.

I förordningen finns också bestämmelser om kompetenskrav för vissa behandlingar samt om förhandsprövning av behandlingsförslag.

Socialstyrelsen har i tre rapporter redovisat sin syn på hur lagen och förordningen bör tolkas.<sup>1</sup> Rapporterna har inte föranlett utfärdandet av föreskrifter eller allmänna råd.

## Utvärderingar

I enlighet med en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet skall förbundet årligen lämna en redogörelse till regeringen om hur de medel som landstingen fått från staten har ut-

---

<sup>1</sup> 1. Rapport från en arbetsgrupp med uppgift att beskriva uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade (1998)  
2. Rapport från en arbetsgrupp med uppgift att beskriva vilken tandvård som skall anses vara ett led i en sjukdomsbehandling (1998)  
3. Rapport från en arbetsgrupp med uppgift att förbereda landstingens övertagande av kostnadsansvaret för patienter som på grund av Sjögrens syndrom eller strålbehandling har nedsatt salivkörtelfunktion (1999)

nyttjats. Av redovisningen, som skall lämnas per landsting, skall framgå – med uppdelning på respektive stödform – både antalet personer som fått del av stödet och kostnaderna för detta. Administrationskostnaderna skall redovisas separat.

Den senaste redovisningen avser år 2001. Omkring 190 000 personer uppskattades ha rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Under år 2001 tackade 80 000 personer ja till och fick del av den uppsökande verksamheten. Cirka 102 000 personer erhöll nödvändig tandvård. 35 000 personer fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Endast 16 specialanpassade hjälpmedel utfördes till en kostnad av 54 tusen kronor. Kostnaden för den uppsökande verksamheten uppgick till 54,2 miljoner kronor, för den nödvändiga tandvården till 312,0 och för den tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling till 178,9 miljoner kronor. Kostnaderna för administration, information m.m. uppgick till 35,2 miljoner kronor. Verksamheten var fortfarande under uppbyggnad och såväl antalet behandlade patienter som kostnaderna per år förväntades öka.

Variationerna mellan de olika landstingen var stora när det gäller andelen uppsökta och behandlade i relation till antalet berättigade till nödvändig tandvård. Förhållandet var detsamma beträffande antalet personer som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling inom de 13 olika patientgrupperna i relation till antalet bosatta inom landstingsområdet. Även kostnaderna per uppsökt eller behandlad varierade starkt mellan landstingen.

Socialstyrelsen har i samråd med Landstingsförbundet gjort en uppföljning av effekterna av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade samt av tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, som redovisas i *Rapport om uppföljning av landstingens tandvård enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning* (Socialstyrelsen, september 2001). Underlag till uppföljningen utgjordes av Landstingsförbundets redovisningar och en enkät till landstingen.

Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård har kommit igång i samtliga landsting under år 2000 och att ett stort antal personer har fått munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Det råder dock stora tolkningsproblem i fråga om vilka personer inom de fyra grupperna som skall anses berättigade till munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Behovet av mer bindande anvisningar är ett genomgående tema i de kommentarer som gjorts i anslutning till

enkäten. Av enkäten framgår också att munvård på många håll inte anses ingå i den dagliga omvårdnaden för dem som har behov av vård och omsorg trots att detta framgår av skrivelser och uttalanden från Socialstyrelsen.

De som hittills får nödvändig tandvård har en hög genomsnittsalder och en hög andel är helprotesbärare. Resursbehovet har därför hittills varit måttligt. Vartefter andelen äldre med egna tänder ökar, kommer den nödvändiga tandvården att kräva större resursinsatser och Socialstyrelsen påpekar att det i framtiden kan bli problem att få tandläkarresurserna att räcka till för denna viktiga del av tandvården och betonar att fler beställarenheter måste genomföra uppföljningar och utvärderingar för att kunna analysera vårdbehov och göra prognoser för framtiden som ett led i tandvårdsplaneringen.

Den del av enkäten som handlade om tandvård som ett led i sjukdomsbehandling visar att också här är tolkningsproblemen mycket stora, vilket medför att landstingen bygger upp egna regelverk. Socialstyrelsen skriver att skillnaderna mellan vilka individer och vilken behandling som skall omfattas av denna del av tandvårdsstödet är så stora mellan olika landsting att en rättsosäkerhet får anses föreligga och betonar vikten av att utredningen Tandvårdsöversyn 2000 skapar klarhet i dessa avseenden.

Landstingsförbundet har i en skrivelse till regeringen föreslagit en ändring av tandvårdslagen när det gäller den personkrets som omfattas av förmånerna för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. Förbundet påpekade att i propositionen (1997/98:112) som låg till grund för genomförandet av tandvårdsreformen år 1999 angavs att avgörande för om en person skulle omfattas av stödet inte skulle vara boendeformen utan det individuella vårdbehovet. Erfarenheterna har emellertid visat att tandvårdslagens utformning på ett olämpligt sätt knyter rätten till det särskilda tandvårdsstödet till formerna för boendet och till de enskilda kommunernas tillämpning av socialtjänstlagen och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. Förbundet föreslår därför att 8 a § tandvårdslagen ändras. Det bör framgå att en förutsättning för att en person skall ha rätt att bli uppsökt för munhälsobedömning m.m. samt att få nödvändig tandvård skall vara att det föreligger ett särskilt och långvarigt behov av vård, omsorg och service.

Utredningen tillsatte i juli 2001 en arbetsgrupp med uppgift att belysa uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård samt tandvård

som ett led i en sjukdomsbehandling. Arbetsgruppen leddes av medicinalrådet Hans Sundberg (ordförande) med tandläkare Lars Sjödin, Västerbottens läns landsting, som sekreterare. Utredningen inbjöd Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Sveriges Privattandläkarförening, Tjänstetandläkarföreningen, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Pensionärsförbund och Handikappförbundens Samarbetsorgan att utse var sin representant till arbetsgruppen.

Arbetsgruppen skulle se över bestämmelserna och behovet av ändringar avseende avgränsningen av personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer. Arbetsgruppen skulle också närmare belysa begreppet nödvändig tandvård samt vad som skall inrymmas i detta.

Beträffande tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling skulle arbetsgruppen dels utreda huruvida andra patientgrupper borde tillföras, dels se över bestämmelserna i befintligt regelverk samt tillämpningen av dessa samt vid behov föreslå ändringar.

Arbetsgruppen redovisade sina förslag i en rapport i december 2001. Förslagen har beaktats när utredningen i det följande redovisar sina överväganden och förslag.

Många myndigheter, organisationer och enskilda personer har tillskrivit Socialdepartementet eller utredningen med synpunkter på stödet för patienter med särskilda behov. Synpunkterna har vägts in dels när arbetsgruppen utarbetat sina förslag, dels när utredningen slutligt tagit ställning.

Utredningen har gjort en utvärdering av såväl tandvårdsförsäringen som landstingens ansvarsområde från jämställdhetssynpunkt. Resultatet av denna redovisas i kapitel 7, Trygghet för patienterna.

### 6.1.2 Tandvårdsförsäringen

#### **Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder**

För personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder lämnas enligt 9 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa ersättning med dubbla grundbelopp för all sådan bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. Med

bastandvård avses sådan tandvård som finns upptagen under avdelning A i tandvårdstaxan, dvs. 1. Undersökning, diagnostik och rådgivning, 2. Förebyggande åtgärder, 3. Oralkirurgisk behandling, 4. Pulpakirurgisk behandling, 5. Konserverande behandling samt 9. Övrig behandling inom bastandvården.

I 12 § föreskrivs att ersättning för protetiska åtgärder, tandreglering och andra åtgärder som ligger utanför bastandvården lämnas ersättning enligt avdelning B i tandvårdstaxan. Ersättning lämnas endast med den del av de samlade grundbeloppen som under en behandlingsomgång överstiger ett karensbelopp om 3 500 kronor. I 13 § föreskrivs att bestämmelserna om karensbelopp inte skall tillämpas vid beräkning av ersättning för personer som avses i 9 § för sådan tandvård som är nödvändig på grund av patientens långvariga sjukdom eller funktionshinder. Bestämmelserna om karensbelopp skall heller inte tillämpas vid beräkning av ersättning för avtagbara proteser.

Enligt 14 § har personer som avses i 9 § också rätt till ersättning för bedömning av, utprovning av och inköp av individuellt anpassade tandvårdshjälpmiddel. Ersättning skall lämnas med 60 procent av kostnaden för sådana hjälpmedel om de bedöms vara nödvändiga för att den försäkrade skall kunna sköta sin munhygien.

I regeringens proposition 1997/98:112, Reformerat tandvårdsstöd, redovisades motivet till att ge en förstärkning av det ekonomiska stödet till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov. I en del fall kan vissa allmänsjukdomar och funktionshinder medföra ett sämre försvar mot karies och andra tandsjukdomar. I vissa fall tillkommer motoriska störningar och ibland påverkar läkemedel möjligheterna att vidmakthålla en god tandhälsa. Enligt förarbetena till propositionen skulle tandvårdskostnaderna för de berörda patienterna motsvara vad övriga personer i genomsnitt betalade för sin tandvård under ett år. Detta är bakgrunden till den förhöjda tandvårdsersättningen till personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder.

## Utvärdering

Riksförsäkringsverket har i rapporten *Tandvårdsstödet. Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet – 1999, det första året* (RFV Anser 2000:3) analyserat utfallet när det gäller tandvårdsinsatser vid långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder.

I regeringens proposition 1997/98:112, Reformerat tandvårdsstöd, som föregick tandvårdsreformen år 1999, utgick man från beräkningen att omkring 300 000 personer skulle komma att bli berättigade till förhöjd tandvårdsersättning och att kostnaden skulle bli omkring 300 miljoner kronor. Beräkningen byggde främst på uppgifter från olika handikapp- och intresseorganisationer.

Antalet patienter som under år 1999 hade ansökt om förhöjd tandvårdsersättning hos försäkringskassorna blev emellertid avsevärt lägre. Endast cirka 14 000 personer ansökte om förhöjd ersättning och av de ärenden i vilka beslut fattats, beviljades förhöjd tandvårdsersättning i 79 procent av fallen. Patienter med ett väsentligt ökat tandvårdsbehov förväntas söka vård arligen eller åtminstone lika ofta som en frisk tandvårdspatient, dvs. en gång vartannat år. Detta skulle innebära att de 14 000 som sökt vård år 1999 motsvarar ett antal på cirka 28 000 totalt berättigade – att jämföra med det uppskattade antalet 300 000.

Det går enligt RFV inte att med säkerhet ange ett specifikt skäl till den stora differensen som föreligger mellan propositionens och den bakomliggande utredningens antagande om antalet patienter som skulle komma att bli berättigade till förhöjd tandvårdsersättning och det faktiska antalet patienter som ansökte om sådan under år 1999.

RFV anser det inte troligt att det ringa antalet ansökningar om förhöjd tandvårdsersättning till någon avgörande del kan förklaras av bristen på information, även om det är svårt att avgöra i vilken utsträckning informationen verkligen nått ut till målgruppen. Detta i kombination med generösa övergångsbestämmelser samt det förhållandet att år 1999 var tandvårdsreformens första år kan dock vara en viss del av förklaringen till den stora skillnaden mellan prognos och utfall.

En annan orsak till det låga utnyttjandet kan vara att det behövs mycket mera kunskap om i vilken utsträckning det verkligen finns ett samband mellan långvariga sjukdomar och ett väsentligt ökat

tandvårdsbehov. RFV har anordnat flera seminarier med specialister inom såväl odontologi och medicin. Det har vid dessa tillfällen inte kunnat bekräftas i vilken utsträckning långvarig sjukdom och funktionshinder faktiskt påverkar tandstatus.

För att få förhöjd tandvårdsersättning krävs att vårdgivaren begär en förhandsprövning hos försäkringskassan. Bakom en förhandsprövning ligger en hel del arbete både för patienten och för vårdgivaren. Detta kan vara ytterligare en förklaring till att betydligt färre ansökningar om förhöjd ersättning än väntat kommit in till försäkringskassorna. För patientens del torde detta framför allt gälla bastandvård där ersättningsbeloppen för vissa åtgärder är relativt små. Kostnaden och besväret att skaffa ett läkarintyg kan också avhålla patienten från att söka förhöjd ersättning om denna uppfattas som relativt liten. Vissa patienter kan dessutom anse att den ekonomiska vinningen inte står i paritet med kraven på personlig integritet. För vårdgivarens del gäller det såväl bastandvård som protetik och tandreglering eftersom arvodet till vårdgivaren är detsamma oavsett om patienten har rätt till förhöjd ersättning eller inte.

Ytterligare en förklaring till den stora skillnaden kan vara att vissa av de 300 000 förmodade patienterna kommit att omfattas av landstingens kostnadsansvar för tandvård och således aldrig syns i försäkringskassornas statistik.

RFV gör som avslutning i rapporten bedömningen att långvariga sjukdomars och funktionshinderns inverkan på tänder och omgivande vävnader har varit styvmoderligt behandlade i medicinsk utbildning och praxis. Försäkringskassorna måste nu genom sina försäkringstandläkare och försäkringsläkare göra bedömningar av sådana samband. Detta har lett till en omfattande kunskapsuppbyggnad. Denna effekt av försäkringen kommer troligen att få stor betydelse för den gemensamma synen på olika sjukdomar och deras inverkan på tänder, eftersom det nu finns en försäkringsmässig drivkraft att få denna samsyn.

RFV har för utredningen redovisat en specialbearbetning avseende 20 procent av de ansökningar om förhöjd ersättning som inkommit till försäkringskassorna från den 1 januari 1999 till den 30 juni 2001. I 2 040 ärenden som godkänts vid förhandsprövning hade i december år 2001 kommit in tandvårdsräkningar i 1 441 fall. Det är dessa som ligger till grund för redovisningen.

I följande tabell visas de vanligaste orsakerna till att förhöjd ersättning beviljats. Endast grupper där fler än 50 fall redovisats har



angetts separat. Redovisningen omfattar de fall där tandvårdsräkning inkommit i december år 2001. Med utgångspunkt från att redovisningen endast omfattar 20 procent av alla fallen i landet har i tabellen också gjorts en uppräknig till totalantalet fall som bör ha redovisats under perioden på två och ett halvt år.

*De vanligaste orsakerna till att förhöjd ersättning inom tandvårdsförsäkringen beviljats, antalet fall som redovisats i undersökningen under tiden 1 jan 1999 – 30 juni 2001 samt en uppräknig till totalantalet fall.*

Sjukdom/ symtom	1999-01-01 – 2001-06-30			Uppskattat antal totalt i hela landet
	Redovisat antal män	Redovisat antal kvinnor	Redovisat antal totalt	
Mag- och tarmbesvär	33	39	72	360
Neurologisk sjukdom	64	76	140	700
Muntorrhet	54	78	132	660
Psykiska sjukdomar	134	191	325	1 625
Reumatoida sjukdomar	46	107	153	765
Ätstörningar	12	47	59	295
Missbruk	37	22	59	295
Diabetes	68	66	134	670
Immunosjukdom	96	56	152	760
Övriga	98	117	215	1 075
<b>Totalt</b>	<b>642</b>	<b>799</b>	<b>1 441</b>	<b>7 205</b>

*Källa: RFV*

### 6.1.3 Överväganden och förslag

#### Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

##### Utredningen föreslår att

- 8 a § i tandvårdslagen förtydligas så att det tydligt framgår att det är det individuella behovet av vård och omsorg som berättigar till avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård till avgifter som för öppen hälso- och sjukvård,
- Landstingsförbundet och Kommunförbundet bör gemensamt informera kommuner om tandvårdslagens gällande regler avseende personer som lider av allvarlig psykossjukdom samt att
- formuleringen "är bosatta i egen bostad" i 8 a § 4. tandvårdslagen tas bort.

##### *Personkretsen*

De gällande bestämmelserna om vilka personer som har rätt till avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård kom att på olika sätt bli både vidare och snävare än vad som framgick av förarbetena och den bakomliggande propositionen (1997/98:112) Reformerat tandvårdsstöd.

Personkretsen blev vidare än avsett genom att formuleringen av 8 a § tandvårdslagen medger att t.ex. fullt friska personer, som bor tillsammans med sjuka och funktionshindrade med stort behov av vård omsorg och service, också får del av det särskilda stödet för tandvård. Det förekommer också betydande skillnader mellan kommunerna när det gäller medboende till sjuka och funktionshindrade beroende på tillgången till och utformningen av äldreboendet. Även vissa personer som kortvarigt får hemsjukvård t.ex. under en konvalescens, har med nuvarande regler rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Detta kan upplevas som orättvist och stötande.

Utredningen anser, liksom vad som angavs i propositionen, att det avgörande för om en person skall omfattas av det särskilda stödet skall vara det individuella behovet av vård och omsorg och inte boendeformen eller liknande. 8 a § tandvårdslagen bör därför förtydligas i detta avseende så att det framgår att ett stort och

långvarigt behov av vård och omsorg skall vara det primära. Behovet av service, t.ex. i form av inköp och städning bör inte berättiga till särskilda förmåner när det gäller tandvård.

Reglerna om det särskilda stödet kom att tolkas snävare än avsett så att personer med allvarlig psykossjukdom inte självklart kom att omfattas av förmånerna. Att personer som lider av allvarlig psykossjukdom kan omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade framgår av 1 § 3. LSS. Förutsättningen är att det psykiska funktionshindret är stort och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och att man därmed har ett omfattande behov av stöd och service. Om en person uppfyller dessa kriterier och därmed omfattas av LSS, råder ingen tvekan om att personen enligt 8 a § 3. tandvårdslagen också har rätt till den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården.

För de psykossjuka som av någon anledning inte omfattas av LSS gäller att de i stället kan omfattas av 8 a § 4. tandvårdslagen. Man skall då, trots att man bor i egen bostad, ha motsvarande behov av vård, omsorg och service som personer som omfattas av LSS eller bor på sjukhem eller motsvarande. Detta torde vara fallet för många psykossjuka, som därmed också har rätt till tandvårdsstödet. För de fall dessa personer inte får del av tandvårdsstödet i dag, torde det inte krävas någon lagändring för att ändra situationen. I stället bör Landstingsförbundet och Kommunförbundet gemensamt informera om innebörden i tandvårdslagens nuvarande regler. Det kan i sammanhanget nämnas att det i proposition 1997/98:112 om reformerat tandvårdsstöd förutsätts att kommunernas personal informerar berörda målgrupper eller deras anhöriga om möjligheterna till det särskilda tandvårdsstödet.

Eftersom det i 8 a § 4. tandvårdslagen anges att en person skall vara bosatt i egen bostad för att omfattas av förmånerna finns det dock ett problem när det gäller bostadslösa personer som inte omfattas av LSS. Av texten i tandvårdslagen framstår det som om dessa inte skulle omfattas av stödet. Eftersom regeringen, samtidigt som man utformade lagtexten, uttalade i propositionen att det inte är boendeformen utan vårdbehovet som är avgörande för om en person skall omfattas av stödet, torde det inte ha varit avsikten att utesluta de bostadslösa. För att förtydliga tandvårdslagen i detta avseende föreslår utredningen att orden "är bosatta i egen bostad och" tas bort i 8 a § 4. Då skulle 4. bli ett uppsamlingsstadgande för dem som inte bor i särskilda boendeformer för service och om-

vårdnad och som inte heller omfattas av LSS men som ändå har stort behov av vård och omsorg.

### *Kommunernas ansvar*

För att den uppsökande verksamheten med munhälsobedömningar, individuell rådgivning, personalutbildning m.m. skall bli effektiv och nå så många som möjligt av de berättigade, krävs en aktiv medverkan från socialtjänsten inom kommunerna. Det är tjänstemännen där som kan identifiera dem som är berättigade till förmånen och etablera kontakt med den tandvårdspersonal som skall ombesörja den uppsökande verksamheten. Det krävs också intresse och engagemang från omsorgspersonalens sida för att ta till sig informationen om de enskilda patienternas behov av daglig munhygien och sedan hjälpa dessa så att denna också blir utförd. Stor personalomsättning och brist på tid gör att verksamheten inte alltid fungerar på ett tillfredsställande sätt.

### *Innehållet i vården*

#### **Utredningen anser att**

- det bör finnas en aktualiserad och samlad information om vad som skall anses ingå i den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården samt
- Socialstyrelsen skall ges bemyndigande att utfärda föreskrifter och allmänna råd om personkretsar och vårdinnehåll.

Trots betydande informationsinsatser från såväl Socialstyrelsens som Landstingsförbundets sida om hur tandvårdslagen och tandvårdsförordningen bör tillämpas finns så stora skillnader mellan landstingens regelverk att Socialstyrelsen menar att en rättsosäkerhet får anses föreligga. Tydligare anvisningar har också efterfrågats från många landsting.

Utredningen anser att det bör finnas en aktualiserad och samlad information om vad som skall anses ingå i den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården åt boende på sjukhem m.m. Utredningen anser att Socialstyrelsen bör bemyndigas att utfärda föreskrifter och allmänna råd om personkretsar och vårdinnehåll. Härigenom ökar rättssäkerheten och önskemålen från

landstingen om tydligare anvisningar blir tillgodosedda. Utredningen anser det också angeläget att Landstingsförbundet även i fortsättningen genom konferenser e.d. bidrar till att lag och förordning tolkas på ett likartat sätt inom de olika landstingen.

Som tidigare redovisats har en arbetsgrupp inom utredningen utarbetat förslag till förändrade regler för landstingens stöd för tandvård åt särskilda patientgrupper. Utredningen har bearbetat arbetsgruppens förslag. I bilaga 3 redovisar utredningen ett förslag till underlag för de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen föreslås få bemyndigande att utfärda. I avvaktan på att så sker, bör underlaget i tillämpliga delar kunna utgöra vägledning för landstingen i deras bedömningar enligt den nuvarande tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.

### **Tandvård som har samband med allmänsjukdom**

#### **Utredningen föreslår att**

- landstingens ansvar skall omfatta all tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder och att all sådan tandvård skall betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård samt att
- den kirurgiska infektionsbehandlingen vid allvarlig parodontal sjukdom samt den tillhörande rengöringen av tandrötterna skall omfattas av landstingens ansvar och avgiftssystem liksom tagande av vävnadsprover (biopsier).

#### *Ett enhetligare förmånssystem*

Tandvård som har samband med allmänsjukdom betalas nu i vissa fall enligt särskilda regler inom tandvårdsförsäkringen och i vissa fall enligt landstingens regler för den öppna hälso- och sjukvården. Det delade systemet upplevs både av patienter och vårdgivare som svårförståeligt, ologiskt och orättvist samt leder till omfattande administration.

I sin utvärdering av tandvårdsreformens försäkringsdel vad gäller patienter med långvarig sjukdom och funktionshinder har, som tidigare beskrivits, Riksförsäkringsverket funnit att förmånerna inte utnyttjats i förväntad utsträckning. En av orsakerna till

detta är att den ekonomiska ersättningen är för liten i förhållande till den administration som krävs.

Intentionerna inför tandvårdsreformen år 1999 var att tandvårdskostnaderna för patienter med sjukdom eller funktionshinder skulle motsvara vad övriga personer betalade för sin tandvård. Att stödet då inte kunde utformas så att det till fullo motsvarade intentionerna, berodde på det statsfinansiella läget. För bastandvård måste stödet begränsas till ett extra grundbelopp för de aktuella åtgärderna och för protetik och tandreglering till 3 500 kronor, dvs. till att karensbeloppet inte dras bort från tandvårdsersättningen.

Utredningen har i kapitlet Mål och principer föreslagit att målet för det ekonomiska stödet åt patienter som har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder är att dessa inte skall ha ökade kostnader för sin tandvård på grund av sjukdomen eller funktionshindret. Ett annat mål för det ekonomiska stödet är att systemet skall vara så enkelt och lättförståeligt som möjligt.

Utredningen förslår därför att all sådan tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder sammanförs till ett och samma förmånssystem. Mest naturligt är då att låta landstingens ansvar omfatta all sådan tandvård och att låta denna betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. De särskilda reglerna inom tandvårdsförsäkringen, som avser personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom och funktionshinder, kan därigenom tas bort.

Genom förändringen förbättras det ekonomiska stödet avsevärt för de patienter som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. I synnerhet gäller detta om det behövs protetiska åtgärder. T.ex. vid ätstörningar kan kostnaderna för protetiska kronersättningar bli avsevärda med det nuvarande systemet.

Det skall understrykas att det enbart är sådana åtgärder som föranleds av det i samband med sjukdom eller funktionshinder väsentligt utökade tandvårdsbehovet som skall betalas med hälso- och sjukvårdsavgifter. Sådana undersökningar, förebyggande åtgärder, tandfyllningar, protetiska ersättningar m.m. som inte föranleds av det utökade tandvårdsbehovet skall betalas enligt tandvårdsförsäkringens vanliga regler.

### *Parodontit eller tandlossningssjukdom*

Parodontit eller tandlossningssjukdom är en långvarig och kronisk infektionssjukdom som drabbar tändernas fäste i käkbenet. Omkring fem procent av befolkningen lider av en så allvarlig form av sjukdomen att käkbenet runt alla tänderna löses upp och successivt försvinner. Behandlingen består dels av borttagande av tandsten och andra beläggningar på tandrötterna, dels av kirurgiska ingrepp där den infekterade och inflammerade vävnaden runt tänderna tas bort.

Sjukdomen kan påverka utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdomar och insjuknande i stroke. Utredningen föreslår därför att den kirurgiska infektionsbehandlingen vid allvarlig parodontal sjukdom samt den tillhörande rengöringen av tandrötterna skall omfattas av landstingens ansvar och avgiftssystem liksom tagande av biopsier. Genom förslaget tas ett betydelsefullt steg mot att likställa tandvård med sjukvård i ersättningshänseende. Utredningen Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen (SOU1998:2), som låg till grund för genomförandet av tandvårdsreformen år 1999, redovisade som sin principiella uppfattning att behandlingen av alla infektioner och inflammationer i munhåla och tänder borde inlemmas i sjukvårdens avgiftssystem. Det var då emellertid inte möjligt att inrymma ett sådant förslag i den ekonomiska ramen. Det är fortfarande inte realistiskt att föreslå en sådan omfattande utökning av landstingens ansvar.

### *Vävnadsprover*

Vid misstanke om sjukliga förändringar i kroppens vävnader avlägsnas ibland en liten del för mikroskopisk undersökning. I första hand görs detta vid misstanke om maligna förändringar. Inom sjukvården betalas avgift för provtagning inklusive den mikroskopiska undersökningen som för öppen hälso- och sjukvård. Om en tandläkare tar motsvarande prov betalar patienten mellanskillnaden mellan tandläkarens arvode och den tandvårdsersättning, som utbetalas för åtgärderna 19, laboratorieundersökning (PAD) och 35, oral kirurgi, biopsi m.m. Grundbeloppen för tandvårdsersättning är 80 respektive 107 kronor. Det genomsnittliga arvodet inom folktandvården i början av år 2002 var 553 kronor för åtgärd 35. Priset för åtgärd 19 bestäms av det laboratorium som utför

undersökningen och varierar med hänsyn till undersökningens art. Ett vanligt pris är i storleksordningen 330 kronor.

Det blir således stora skillnader i patientavgift beroende på om det är en läkare eller en tandläkare som tar vävnadsprovet. Utredningen har erfarit att det förekommer att tandläkare remitterar en patient till sjukvården för att få provtagningen utförd för att minska patientens kostnader. Utredningen anser att allt tagande av vävnadsprov och undersökning av detta bör betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

### *Tobaksavvänjning*

Utredningen har i sina direktiv (dir.2000:65) från regeringen till uppgift att bedöma effekterna av att låta tobaksvanor ingå i undersökningsmomentet i taxan och att beakta tobaksavvänjning som en ersättningsberättigad förebyggande åtgärd.

I SBU-rapporten *Metoder för rökavvänjning* (SBU-rapport 138, 1998) konstateras att tobaksrökning är det största enskilda förebyggbara och behandlingsbara folkhälsoproblemet. Många sjukdomstillstånd är kopplade till rökning. Olika former av cancer, främst lungcancer, liksom KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och emfysem samt sjukdomar som drabbar hjärta och kärl, har samband med rökning. Var fjärde rökare kommer att avlida i medelåldern, dvs. mellan 35 och 69 års ålder, till följd av sin rökning. Kostnaden per räddat livsår för tobaksavvänjning är mycket låg jämfört med många andra åtgärder inom sjukvården.

SBU:s nya rapport *Rökning och ohälsa i munnen* (SBU-rapport 157, 2002) redovisar en sammanställning av det vetenskapliga underlaget för hur rökning påverkar den orala hälsan. Det finns en förhöjd risk för mun- och svalgcancer hos rökare jämfört med icke-rökare. Skador i tandens stödjevävnader, som kan leda till tandlossning, förekommer hos uppskattningsvis fem till tio procent av befolkningen. Hos rökare är sådana fynd tre till fem gånger vanligare. Det finns också ett begränsat vetenskapligt underlag för att rökning kan skada benförankringen av titanimplantat och att rökning kan öka risken för komplikationer efter tanduttagning.

Enligt SCB:s ULF-undersökning år 2000 röker 17 procent av männen och 21 procent av kvinnorna dagligen. Debuten sker ofta i de lägre tonåren. En majoritet säger sig vilja sluta röka och mellan tio och tjugoprocent av dem anger att de vill ha hjälp att sluta.



De båda SBU-rapporterna visar att det lönar sig att arbeta med rökavvänjning i vården, vare sig det gäller tandvård eller sjukvård i övrigt. Tydlig information kombinerad med nikotinersättning hjälper rökare som vill sluta.

De flesta svenskar besöker tandvården regelbundet. I ULF-undersökningen år 2000 uppger omkring 70 procent i åldrarna 18–84 år att de besökt tandvården för mindre än ett år sedan. Eftersom tandvårdspersonal möter en stor del av befolkningen regelbundet torde det finnas goda möjligheter till rökavvänjning. En av tre tandläkare och två av tre tandhygienister ger rutinemässigt råd om att sluta röka eller snusa. Det finns redan nu tandvårdspersonal med kortare eller längre utbildning i tobaksprevention och tobaksavvänjning enligt uppgifter till utredningen.

Utredningen anser att frågor om rökning bör ingå i en vanlig sjukhistoria, dvs. i undersökningsmomentet. Bara det att vårdpersonal tar upp frågan markerar att rökning ses som ett hälsoproblem.

Utredningen har också övervägt att betrakta tobaksavvänjning som en ersättningsberättigad förebyggande åtgärd. Om tobaksavvänjning skulle föras in som en ersättningsberättigad förebyggande åtgärd inom tandvårdstaxans åtgärdsgrupp 2, förebyggande åtgärder, skulle sannolikt stora skillnader i patientavgift uppstå beroende på om behandlingen sker i tandvården eller i sjukvården. Utredningen är dock av den principiella uppfattningen att patientavgiften för tobaksavvänjning skall vara densamma oavsett den utförs av tandvårds- eller sjukvårdspersonal och vill poängtera fördelarna med att landstingen utnyttjar tandvården i folkhälsoarbetet mot tobaksbruk.

### **Författningsändringar m.m.**

I 8 a § tandvårdslagen (1985:125) anges att landstinget skall se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid för samma avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Den av utredningen föreslagna förändringen till att låta all tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder omfattas av landstingens ansvar och hälso- och sjukvårdens avgiftssystem kan åstadkommas

genom ett tillägg till 8 a § tandvårdslagen ”*ett väsentligt ökat behov av tandvårdsinsatser i samband med sjukdom eller funktionshinder*”. Genom detta täcks in såväl överflyttningen från tandvårdsförsäkringen till landstingens ansvar av sådan tandvård som är en följd av ett långvarigt och väsentligt ökat behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder som utökningen av landstingens ansvar till att omfatta infektionsbehandling vid allvarig tandlossningssjukdom och tagande av vävnadsprov med efterföljande laboratorieundersökning (PAD).

I tandvårdsförordningen (1998:1338) har tandvårdslagens nuvarande föreskrift om dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid förtydligats under tre rubriker:

- Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling ( 10 grupper).
- Tandvård för extremt tandvårdsrädda personer (1 grupp).
- Utbyte av tandfyllningar (2 grupper).

Med hänsyn till utredningens förslag om ändring i tandvårdslagen föreslås att tandvårdsförordningen också ändras så att den tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder i stället förtydligas under följande rubriker:

- A. Tandvård som följd av missbildning, defekt eller sjukdom.
- B. Infektionsbehandling som har samband med sjukdom.
- C. Övrig tandvård i samband med sjukdom.

Detta är i huvudsak enligt förslaget från den särskilda arbetsgruppen som inom utredningen arbetat med dessa frågor.

I grupp A skall ingå följande behandlingar enligt de nuvarande reglerna för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling:

Behandling vid missbildning.

Behandling vid defekt på grund av sjukdom.

Behandling vid epileptiskt anfall.

Behandling vid Sjögrens syndrom och efter strålbehandling.

Behandling vid epileptiskt anfall.

Till gruppen skall också föras de behandlingar som föreslås bli överförda från tandvårdsförsäkringens förmånssystem.

I grupp B skall ingå följande behandlingar enligt de nuvarande reglerna:

Infektionsbehandling inför kirurgiskt ingrepp.  
Behandling vid nedsatt immunförsvar.  
Utredning om odontologiskt samband med grundsjukdom.  
Behandling vid strålbehandling.

Till gruppen skall även föras infektionsbehandling vid allvarlig tandlossningssjukdom

I grupp C föreslås ingå de tidigare grupperna:

Behandling vid orofaciala smärtsyndrom.  
Behandling vid allvarlig sömnapné.  
Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.  
Utbyte av fyllningar vid avvikande reaktion mot dentala material.  
Utbyte av fyllningar vid medicinsk rehabilitering.

Till gruppen skall även föras tagande av vävnadsprover (biopsier) och laboratorieundersökningar (PAD).

I bilaga 3 redovisar utredningen ett förslag till underlag för de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen föreslås få bemyndigande att utfärda. Underlaget bygger liksom när det gäller uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. på arbetsgruppens inom utredningen förslag. I avvaktan på att så sker, bör underlaget i tillämpliga delar kunna utgöra vägledning för landstingen i deras bedömningar enligt den nuvarande tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.

## **Kostnader**

### *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*

När det gäller uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård har utredningen inte framlagt några förslag som medför ändrade kostnader för landstingen.

*Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder*

Kostnaderna för den tandvård som är en följd av ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom och funktionshinder åren 1999–2001 framgår av följande tabell. Uppgifterna har lämnats av Riksförsäkringsverket.

*Kostnader för tandvård åt patienter med förhöjd ersättning inom tandvårdsförsäkringen åren 1999–2001. Miljoner kronor*

Period	Tandvårdsersättning	Patientavgift	Total vårdkostnad
jan 1999 – juli 2001	25	35	60
1999	10		
2000	19		
2001	22		

Som framgår av tabellen saknas uppgifter om patientavgifter och därmed om totala vårdkostnader för de enskilda åren. Sådana uppgifter finns enbart för 31-månadersperioden januari 1999–juli 2001.

De årligen utbetalda tandvårdsersättningarna har successivt ökat från 10 miljoner kronor år 1999 till 22 miljoner kronor år 2001. En anledning till detta torde vara att förmånen blivit alltmer kända bland patienter och vårdgivare. En annan anledning kan vara att åtskillnaden mellan den tandvård som är att hänföra till ett väsentligt ökat behov på grund av sjukdom eller funktionshinder och den tandvård som inte har detta samband har blivit allt svårare att göra när det gäller en enskild patient. Utredningen har erfaren att praxis har utvecklats åt det hållet att det utgått förhöjd tandvårdsersättning för nästan all tandvård åt de berörda patienterna. Mot denna bakgrund uppskattar utredningen att tandvårdsersättningen år 2002 kommer att uppgå till 25 miljoner kronor.

Patientavgiften utgör skillnaden mellan vårdgivarens arvode och tandvårdsersättningen. Den är dels beroende på vilka tandvårdsåtgärder som utförs, dels på vårdgivarens arvode för dessa. Utredningen håller för troligt att teknikutvecklingen och stigande krav på utseende och bekvämlighet från patienternas sida gör att de åtgärder som utförs blir allt fler och allt dyrare. Till detta kommer de fortgående prishöjningarna bland vårdgivarna. Utredningen uppskattar att patientavgifterna år 2002 för de berörda patienterna

kommer att uppgå till cirka 35 miljoner kronor. Den totala vårdkostnaden skulle då uppgå till cirka 70 miljoner kronor med oförändrade regler.

Om tandvård som har samband med allmänsjukdom överförs till landstingens avgiftssystem, måste man emellertid räkna med en ökad strävan både från patienter och från vårdgivare att inrymma så mycket tandvård som möjligt inom detta. Tredjepartsfinansiering leder erfarenhetsmässigt alltid till ett sådant beteende.

Antalet patienter som anser sig ha ett väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder kommer sannolikt att öka mer än vad som skett de senaste åren. Utredningen vill erinra om att i förarbetena till proposition 1997/98:112 Reformerat tandvårdsstöd uppskattades antalet patienter som var berättigade till förhöjd ersättning till cirka 300 000. Kostnaderna uppskattades i propositionen till cirka 300 miljoner kronor per år med reservationen att det var en kvalificerad skattning med hänsyn till svårigheterna att bedöma både antalet patienter och den genomsnittliga kostnaden per patient. Man kan nu konstatera att antalet var grovt överskattat. Fler patienter än i dag kommer emellertid att ansöka om och även få den förhöjda ersättningen i framtiden om reglerna ändras som utredningen föreslår.

Den förhöjda ersättningen för protetiska åtgärder är i det nuvarande systemet begränsad till att karensbeloppet 3 500 kronor inte frånräknas tandvårdsersättningen. Detta har lett till att många patienter avstått från att utföra omfattande protetiska åtgärder även om behovet funnits och varit föranlett av långvarig sjukdom eller funktionshinder. När även protetiska åtgärder enligt utredningens förslag skall omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, kommer därför betydligt fler sådana åtgärder att utföras än tidigare. Följden blir ökade kostnader.

Utredningen uppskattar att kostnaderna för den tandvård som är en följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder därför inte begränsas till 70 miljoner kronor som beräknats för år 2002 med oförändrade regler. En uppräknning bör ske till 100 miljoner kronor vid överföring till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

De ifrågasvarande patienterna som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade torde redan betala det maximala beloppet, 900 kronor per tolv månadersperiod, för sin allmänna hälso- och sjukvård. Några tillkommande inkomster i form av patientavgifter till tandvården blir det därför inte för landstingen.

För tandvårdsförsäkringens del uppskattas kostnader på cirka 20 miljoner kronor i 2002 års nivå bortfalla vid en överföring. Utredningen har då räknat med att den tandvård hos de berörda patienterna som inte har samband med sjukdom eller funktionshinder fortfarande skall ersättas enligt tandvårdsförsäkringens regler. Nettokostnaden för utredningens förslag skulle då bli cirka 80 miljoner kronor.

Det är viktigt att landstingen vid sina bedömningar av behandlings- och kostnadsförslag ser till att enbart sådana tandvårdsåtgärder som föranleds av ett väsentligt ökat vårdbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder, får betalas med hälso- och sjukvårdsavgifter. Sådana undersökningar, förebyggande åtgärder, tandfyllningar, protetiska ersättningar m.m. som vårdgivaren inte kan göra troligt att de är ett uttryck för ett väsentligt ökat vårdbehov och att de föranleds av sjukdomen eller funktionshindret, skall betalas enligt tandvårdsförsäkringens regler.

### *Infektionsbehandling vid tandlossningssjukdom*

Utredningen uppskattar att tio procent av befolkningen i åldrarna 40–70 år drabbas av allvarlig tandlossningssjukdom och att denna hos cirka fem procent får sådan generell karaktär, att den drabbar hela bittet. I sådana fall är sjukdomen av den omfattningen att infektionsbehandling med avgifter enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem kan bli aktuell. Antalet personer i åldersgruppen uppgår till cirka 3 200 000 personer och cirka 160 000 personer skulle då kunna komma ifråga för infektionsbehandlingen någon gång under 30-årsperioden. I genomsnitt skulle detta innebära att cirka 5 300 patienter behandlas under ett år. Kostnaden per behandling uppskattas till cirka 14 000 kronor. Den i dag utgående tandvårdsersättningen för samma behandling uppgår till 2 576 kronor. Den årliga bruttokostnaden för utredningens förslag kan uppskattas uppgå till cirka 74 miljoner kronor från vilken skall dras den nu utgående tandvårdsersättningen på cirka 14 miljoner kronor. Nettokostnaden för förslaget kan då uppskattas till cirka 60 miljoner kronor per år.

### *Vävnadsprov och laboratorieundersökning*

Under år 2001 togs uppskattningsvis 1 000 vävnadsprover som undersöktes på laboratorium och som debiterades enligt tandvårdsförsäkringens regler. Det totala arvodet för dessa uppskattas till ca 880 000 kronor varav tandvårdsersättning betalades med cirka 190 000 kronor. Vid en överflyttning till landstingens avgiftssystem kan landstingens kostnader uppskattas till ca en miljon kronor, då en viss ökning av antalet prover kan förväntas

## 6.2 Tandvårdsförsäkringen

### 6.2.1 Unga vuxna

I förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa föreskrivs i 8 § att för bastandvård lämnas ersättning från försäkringen med ett grundbelopp som anges för varje åtgärd. Där föreskrivs också att ersättning för undersökning endast lämnas till personer som under det år undersökningen görs, fyller minst 20 eller högst 29 år.

Motivet till att ha ett extra ekonomiskt stöd till unga vuxna finns i betänkandet *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2). Utredaren hade där tagit fasta på att det i första hand var unga vuxna som under de senare åren tycktes ha avstått från att besöka tandvården. Ett stöd för undersökning åt alla vuxna till att besöka tandvården kunde inte rymmas inom den tillgängliga ekonomiska ramen. Regeringen instämde i detta i proposition 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*.

## Utvärderingar

Riksförsäkringsverket redovisar i rapporten *Tandvårdsutnyttjandet 1998 och 2000 – En uppföljning av tandvårdsreformen* (RFV Anser 2002:5) resultatet av två enkätundersökningar. Vad gäller antalet tandläkarbesök bland vuxna är det de yngsta (20–29 år) som går minst antal gånger till tandläkaren. Den utökade subvention för tandvården åt 20–29-åringar som finns i tandvårdsförsäkringen för undersökningar har inte medfört några signifikanta effekter på besöksfrekvensen. Försäkringens kostnader för undersökningar m.m. för 20–29-åringar uppgick år 2000 till 22 miljoner kronor.

Socialstyrelsens redovisar i rapporten *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2000* (Meddelandeblad nr 7/01) en fortgående förbättring av kariessituationen hos barnen och ungdomarna även om förbättringen under senare år tycks ha planat ut. Det finns inga epidemiologiska studier som visar att tandhälsan försämrats för 20–29-åringarna.

Enligt RFV:s enkätundersökningar uppger var femte 20–29-åring att de haft besvär från sina tänder utan att söka behandling för detta. Andelen ökade från 21,5 procent år 1998 till 24,5 procent år 2000. Detta är den största andelen bland alla åldersgrupperna. På frågan varför man inte sökt behandling svarar omkring hälften att orsaken var man inte haft råd med tandvård. Något förvånande var emellertid att inkomsten inte hade någon effekt på sannolikheten att besöka tandläkare/tandhygienist över huvud taget efter att hänsyn tagits till andra förklarande variabler.

RFV:s enkätundersökningar visar emellertid att om tandläkaren/tandhygienisten använder ett återkallningssystem där patienter regelbundet kallas till undersökning ökar sannolikheten att på nytt besöka tandläkare/tandhygienist. De personer som regelbundet kallas till besök har även färre besök än övriga, något som indikerar att regelbundna besök hos tandläkare/tandhygienist kan vara en viktig faktor för att förebygga allvarliga problem.

## Överväganden och förslag

**Utredningen föreslår att** de som lämnar den avgiftsfria barn och ungdomstandvården skall få ett värdebevis som hos valfri tandläkare eller tandhygienist gäller som delbetalning för tandvårdsabonnemang eller åtgärdsdebiterad tandvård. Värdebeviset skall distribueras av försäkringskassorna tillsammans med information i början av det år då en person fyller 20 år. Beviset skall ha ett värde av 600 kronor.

Enbart det förhållandet att besöksfrekvensen hos tandläkare eller tandhygienist är oförändrad eller minskar för de unga vuxna behöver inte orsaka någon oro. Årliga besök för undersökning hos tandläkare eller tandhygienist behövs inte för det övervägande antalet personer. Tandhälsan är i allmänhet så god att ett besök för undersökning vartannat år i allmänhet är tillräckligt. Inom den organiserade barn- och ungdomstandvården har detta på senare år



blivit norm såvida inte några särskilda riskfaktorer föreligger som ökar risken för tandsjukdomar.

Den viktigaste faktorn för att behålla regelbundna tandvårdsvanor och på sikt få ett litet tandvårdsbehov syns vara att ingå i ett kallelsesystem. Enligt 2 § förordningen om tandvårdstaxa (1998:1337) bör vårdgivaren efter utförd behandling se till att den försäkrade inom lämplig tid kallas till ny undersökning. Utredningen anser emellertid inte att detta är en tillräcklig garanti för att regelbundna tandvårdsbesök kommer till stånd efter 20-årsåldern. Övergången från gymnasiestudier till yrkesarbete eller högskolestudier medför ofta byte av bostadsort. Det kan då vara svårt att fortsätta tandvården hos den vårdgivare som svarat för behandlingen i 19-årsåldern.

De unga vuxna är en ekonomiskt svag grupp. Många saknar inkomster på grund av fortsatta studier. De unga fortsätter i dag i betydligt större utsträckning än tidigare studierna på högskola efter att ha avgått ur gymnasieskolan. Enbart mellan åren 1985/86 och 1996/97 hade andelen ökat från 20,5 till 38,2 procent bland dem som inom tre år efter avslutad gymnasieskola fortsatt studier på högskola. Arbetslösheten är också förhållandevis hög bland de unga. I slutet av december år 2001 var 50 500 ungdomar i åldern 18–24 år arbetslösa eller inskrivna i arbetsmarknadsprogram, vilket är nära 3 500 fler än ett år tidigare.

Utredningen vill skapa ett system för att underlätta övergången från den organiserade avgiftsfria ungdomstandvården under landstingens ansvar till vuxentandvården inom tandvårdsförsäkringen. Systemet skall dels minska kostnaderna för den unga vuxna under de närmaste åren efter det att den avgiftsfria vården upphört, dels underlätta fortsatta regelbundna kontakter med tandvården.

Utredningen har övervägt olika sätt att nå dessa syften. En metod skulle kunna vara att utöka landstingens ansvar att erbjuda en regelbunden och fullständig tandvård med ytterligare ett par årsklasser efter det år då en person fyller nitton år. Genom den stora rörlighet som finns bland de unga vuxna, skulle emellertid ett erbjudande från hemlandstinget om tandvård i många fall inte utnyttjas. Enligt uppgift från Stockholms läns landsting utnyttjar i dag endast cirka 85 procent av nittonåringarna erbjudandet om avgiftsfri tandvård mot cirka 95 procent bland samtliga barn och ungdomar. Andelen skulle sannolikt bli ännu lägre för de följande årsklasserna. Många vistas utanför hemorten t.ex. på grund av studier och tar inte kontakt med en ny vårdgivare på studieorten

om inget akut inträffar. Ett problem finns dessutom genom att varje landsting tillämpar sina egna regler för ersättning till vårdgivare utanför landstingsområdet. Det uppstår administrativa svårigheter för vårdgivarna såväl inom folktandvården som inom privattandvården när en patient från ett annat landsting behandlas och hemlandstinget skall svara för kostnaderna.

Det har också ifrågasatts om inte den unga vuxna bör ta ett större ansvar för sin tandhälsa och sin tandvård och inte fortsätta att "lita på" att landstinget tar ansvar genom kallelser och erbjudande om avgiftsfri vård.

Utredningen föreslår därför i stället en modell där försäkringskassorna får i uppdrag att med utgångspunkt från registret över försäkrade i början av det år varunder dessa fyller tjugo år sända brev till samtliga med information om att den avgiftsfria vården upphört samt om betydelsen av regelbundna besök inom tandvården. Med brevet skall följa ett värdebevis, som hos valfri tandläkare eller tandhygienist gäller som delbetalning för tandvårdsabonnemang eller åtgärdsdebiterad tandvård.

Vårdgivaren kan sända in värdebevisen till försäkringskassan och få motsvarande tandvårdsersättning. För att få tandvårdsersättning skall vårdgivaren åta sig att, om patienten så önskar, i fortsättningen kalla henne eller honom för regelbundna undersökningar och erforderlig behandling.

Det bör vara intressant för vårdgivarna att till sig långsiktigt försöka knyta den kundgrupp som de unga vuxna utgör. Detta styrks av att det inte är ovanligt att vårdgivare riktar särskilda kampanjer med förmånliga erbjudanden till denna grupp. De unga vuxna är också särskilt lämpade att få erbjudande om tandvårdsabonnemang.

Utredningen anser att ett värdebevis bör vara på ett förhållandevis högt belopp för att uppfattas som något värdefullt, som man inte utan vidare avstår från att utnyttja utan som ger anledning till att kontakta en tandläkare eller tandhygienist. Beloppet bör också vara så högt att det till största delen täcker kostnaderna för en undersökning och en förebyggande åtgärd.

Folktandvårdens i landet medelpriser i början av år 2002 var, enligt uppgift från Landstingsförbundet, 435 kronor för åtgärderna 11 och 12, som avser undersökningar, och 242 kronor för åtgärd 24 som avser förebyggande åtgärder av mindre omfattning. Enligt vad utredningen erfarit är det snarare regel än undantag att en förebyggande åtgärd debiteras tillsammans med undersökningen.

Ett värde på tandvårdsbeviset på 600 kronor skulle täcka kostnaderna för en undersökning hos tandläkare eller tandhygienist och en förebyggande åtgärd av mindre omfattning med cirka 90 procent, räknat på folktandvårdens medelpriser. För flertalet unga vuxna behövs ingen annan tandvård under en tvåårsperiod. Statistik från Socialstyrelsen visar att 58 procent av landets nittonåringar helt saknar kariesskador approximant, dvs. på de tandytor som vetter mot andra tänder. De approximanta kariesskadorna är de som framför allt ger upphov till framtida vårdbehov genom att många fyllningar behöver göras om på grund av karies i kanter på fyllningar eller fyllningsfrakturer.

Antalet 20-åringar uppgår till cirka 101 000 personer. Om tandvårdsbevisen utnyttjas till 90 procent och värdet uppgår till 600 kronor, blir bruttokostnaden för värdebevisen 55 miljoner kronor. Från detta belopp bör dras tandvårdsersättningarna som nu utbetalas för åtgärderna 11 eller 12 och 24 för uppskattningsvis 80 procent av årsklassen, dvs. cirka 13 miljoner kronor. Nettokostnaderna för förslaget uppgår således till cirka 42 miljoner kronor. Kostnaden för administration av värdebevisen tillkommer. Genom utnyttjande av datateknik bör denna kunna begränsas. Erfarenheter från administration av tandvårdscheckar, som till sin karaktär liknar värdebevisen, finns inom flera landsting.

### 6.2.2 Bastandvård

Riksförsäkringsverket har som tidigare nämnts årligen sedan 1999 genomfört enkätundersökningar om befolkningens tandvårdsutnyttjande för att kunna utvärdera effekterna av tandvårdsreformen och följa utvecklingen av tandvårdskonsumtionen. En första utvärdering publicerades under år 2000. Denna innehöll en jämförelse mellan tandvårdsutnyttjande under åren 1998 och 1999, dvs. året innan och året för tandvårdsreformens genomförande. Rapporten *Tandvårdsutnyttjandet 1998 och 2000 – En uppföljning av tandvårdsreformen* (RFV ANSER 2002:5). Syftet med undersökningen var att följa utvecklingen av tandvårdsutnyttjandet efter tandvårdsreformens införande samt att försöka se om det finns grupper som är i behov av särskilt ekonomiskt stöd för tandvårdskonsumtion.

Ett flertal undersökningar visar samstämmigt att en mycket hög andel av den vuxna befolkningen besöker tandläkare regelbundet.

Av SCB:s ULF-undersökning år 2000 framgår att 68 procent av männen och 74 procent av kvinnorna i åldrarna 16–84 år uppgett att de besökt tandläkare för mindre än ett år sedan. Det bör också noteras att för åldersgruppen 16–24 år har andelen minskat från 78 procent år 1998 till 69 procent år 2000. I den åldersgruppen föreligger ingen könsskillnad avseende besöksfrekvens. I åldersgruppen 25–44 år däremot är det männen som uppvisar den största minskningen vad avser årliga tandläkarbesök. Jämfört med år 1985 har andelen män som besöker tandläkare årligen minskat från 72 procent till 58 procent år 2000. Andelen kvinnor i samma ålder som uppgett att de besöker tandläkare årligen är 68 procent år 2000 jämfört med 79 procent år 1985.

Besök hos tandläkare sammanhänger också med olika socio-ekonomiska faktorer. Detta har bl.a. belysts i Socialstyrelsens undersökningar av tandvårdskonsumtionen i fyra län. Andelen personer som besökt tandläkare är lägre om vederbörande varit arbetslös eller uppburit socialbidrag jämfört med övriga svarande. Vid jämförelse av andelen tandläkarbesök i förhållande till hushållsinkomst har personer med lägre hushållsinkomst gjort färre tandläkarbesök än de som har högre hushållsinkomst.

Riksförsäkringsverkets senaste enkätundersökning visar att de som besökt tandläkaren under det senaste året har minskat signifikant mellan åren 1998 och 2000. Fortfarande uppger emellertid nästan 75 procent av de tillfrågade att de besökt tandvården under år 2000. Andelen som svarat ja på frågan om de under åren 1998 respektive 2000 haft besvär från tänderna utan att söka behandling för detta har ökat med nästan tre procentenheter. Den egna ekonomin tycks vara en viktig faktor i beslutet att besöka tandvården eller inte. År 2000 uppgav drygt 15 procent att de på grund av kostnaden hade avstått från vård. Omräknat till hela befolkningen i åldrarna 20–83 år innebär det att det under år 2000 fanns drygt 980 000 personer som inte hade haft råd att söka behandling för sina besvär. Ökningen är ungefär lika stor bland männen som bland kvinnorna. I åldrarna 20–44 år har drygt 20 procent svarat att de avstått behandling trots att de haft behov. Lägst är andelen bland dem som är äldre än 65 år där drygt sju procent svarar att de avstått från tandvård därför att de inte ansett sig ha råd.

I RFV:s rapport uppger drygt 70 procent av dem som avstått tandläkarbesök att de inte skulle klara en utgift för tandvård motsvarande 5 000 kronor. Andelen som uppgett att de av ekonomiska skäl avstått från tandvård är störst i den lägsta inkomstklassen, dvs.

bland dem som har en årsinkomst understigande 66 500 kronor. RFV:s enkätundersökning bekräftar i stort sett resultaten från 1999 års HINK-undersökning.

Vad gäller ekonomiska barriärer för tandvård framgår också i ULF-undersökningen från år 1996–1997 att sådana finns liksom i den tidigare nämnda HINK-undersökningen från år 1999. Till de särskilt utsatta hör ensamstående kvinnor med barn, utrikes födda som vistats 5–9 år i Sverige, socialbidragstagare, studerande med barn, låginkomsttagare, personer med sjukbidrag och familjer som har barn med vårdbidrag.

Även om tandvårdsstödet inte ensamt, som tidigare påtalats, kan lösa alla ekonomiska problem inom tandvårdsområdet förefaller det som om urholkningen av stödet för den hälsobefrämjande tandvården har medfört att allt fler vuxna på grund av kostnaden avstår från tandvård.

Riksförsäkringsverket, som har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av den nya tandvårdsförsäkringen, har vid tre tillfällen studerat landstingens och privattandvårdens prislistor för att få en bild av den nya situationen.

I den senaste rapporten *Landstingens tandvårdstaxor den 1 september 2001* (RFV ANALYSERAR 2001:13) redovisas prisutvecklingen från 1 januari 1999 och jämförs prisutvecklingen i olika landstingsområden. Riksförsäkringsverket konstaterar att samtliga landsting har justerat sina priser uppåt med mer än 15 procent. Undantag utgör undersökningsåtgärderna för 20–29 åringar som ökat minst. Undersökningsåtgärderna har för övrigt endast kunnat studeras i den åldersgruppen. Eftersom tandvårdsersättning inte lämnas för patienter som är 30 år och äldre framgår inte alltid vad som ingår i undersökningsåtgärden.

De flesta landsting har dock ökat priserna med mer än 25 procent bortsett från undersökningsåtgärderna i åldersgruppen 20–29 år. Rapporten visar att höjningarna har fortsatt sedan tidigare undersökningar och de landsting som har legat lågt har höjt sina priser mer och följt efter andra landstings prissättning. Riksförsäkringsverket konstaterar att i de fall man höjt priserna på bas-tandvårdsåtgärder med mer än 30 procent sedan år 1998, har hela den statliga subventionen ätits upp av prishöjningarna.

Verket konstaterar vidare att det bestående intrycket av de undersökningar som gjorts av folktandvårdens och de privata vårdgivarnas prislistor är att prisbilden varierade mycket mellan de olika försäkringskasseområdena. Patientens kostnad för samma åtgärd

kunde skilja sig med betydande belopp mellan olika län. Det förelåg dock en följsamhet mellan respektive landstings prissättning och de privata vårdgivarnas i varje län. Landstingen, som står för drygt 35 procent av vuxentandvården, verkar således lokalt ha varit normerande för prisbilden.

Landstingsförbundet har årligen 1999–2002 undersökt priserna i folktandvården den 1 januari. Resultaten har redovisats i fyra rapporter, den senaste från januari år 2002. Metoden har varit liknande som den Riksförsäkringsverket tillämpat och resultaten är också i stort sett desamma som i verkets undersökningar. Prishöjningarna varierar mellan landstingen och prisskillnaderna för en och samma åtgärd kan vara stora mellan landstingen. Enligt Landstingsförbundet har den genomsnittliga prishöjningen inom folktandvården varit cirka 40 procent mellan januari månad åren 1998 och 2002.

Skillnaden mellan högsta och lägsta pris är mindre när det gäller t.ex. undersökning och förebyggande åtgärder än för fyllningar och rotfyllningar. För undersökning respektive förebyggande behandling i folktandvården varierar priset mellan lägsta och högsta pris med drygt 100 respektive 150 kronor. Rotfyllning av en tand med tre eller flera rotkanaler kostar i det landsting som har det lägsta priset 2 100 kronor jämfört med 2 901 kronor i landstinget med det högsta priset.

Prisskillnaderna beror på att landstingen valt olika strategier för att fördela intäkterna på olika åtgärder. Några har valt att schablonmässigt med ett enhetligt procenttal räkna upp de tidigare priserna för varje åtgärd. Andra har försökt göra en värdering av tidsåtgång och kostnaderna för att utföra olika åtgärder och beräknat priset efter detta. Många har velat lägga en folkhälsoprofil på sin prissättning genom att hålla nere priserna på undersökningar och förebyggande åtgärder och i gengäld ta ut ett högre pris för t.ex. fyllningar. Vissa har också hållit nere prishöjningarna för personer som tidigare förlorat sina tänder och nu behöver avtagbara proteser.

För att spegla de samlade effekterna av de delar av tandvårdsreformen som avser de ändrade ersättningsreglerna och vårdgivarnas fria prissättning bör jämförelser göras av hur patientavgifterna förändrats vid vanligt förekommande behandlingsomgångar. När det gäller de avgifter som patienterna betalar vid tillämpningen av folktandvårdens medelpriser i ett antal vanligt förekommande behandlingar har det fram till år 2002 funnits behandlingsomgångar som trots prisökningarna blivit billigare för patienten. Från och

med år 2002 har alla behandlingsomgångar blivit dyrare för patienten. När det gäller bastandvården har dock inte patientens kostnader ökat i takt med vårdgivarens prishöjningar.

### Överväganden och förslag

#### Utredningen föreslår att

- Grundbeloppet räknas upp för undersöknings- och förebyggande åtgärder, tandvårdsabonnemang samt för pulpakirurgisk behandling.
- Tandvårdsersättning för undersökning införs för åldersgruppen 30–64 år.
- Tandvårdsersättningen för förebyggande åtgärder höjs till ett och ett halvt grundbelopp för alla.
- Tandvårdsersättningen för pulpakirurgisk behandling höjs till ett och ett halvt grundbelopp för alla
- Bettskenor blir bastandvård.

Att besöksfrekvensen hos tandläkare eller tandhygienist sjunker kan ha flera orsaker. En trolig förklaring till den neråtgående trenden vad avser besöksfrekvens är att allt fler vårdgivare arbetar med individrelaterade återbesök, vilket medför att det blir vanligare att tänderna kontrolleras med glesare intervall än en gång per år. En minskad besöksfrekvens kan således återspegla en förbättrad tandhälsa hos befolkningen.

Oroväckande är dock resultaten från de undersökningar som tyder på att många under de senaste åren varit tvungna att avstå från tandvård av ekonomiska skäl trots att de haft besvär från tänderna. Att skjuta upp tandläkarbesök trots att man har problem med tänderna kan innebära att behovet av tandvård ökar dramatiskt i framtiden. Långsiktigt kan det för den enskilde medföra behov av mycket omfattande och kostnadskrävande behandling.

Ett av de problem som utredningen vill försöka lösa är att i princip ingen av kostnadsskäl skall behöva avstå från regelbundna besök hos tandvården. Ju mer långsiktig en relation mellan vårdgivare och patient är, t.ex. genom olika former av tandvårdsabonnemang eller avtal, desto gynnsammare blir effekterna. Av största betydelse är att patienterna inte skall behöva komma så sent till behandling att skadorna hunnit bli irreparabla så att tänderna måste

tas bort eller att omfattande reparationer med kronor, broar eller implantat behöver utföras.

Utredningen vill genom satsningen på tandvårdsersättning för undersökning och höjd ersättning för förebyggande åtgärder och tandvårdsabonnemang skapa incitament för patienten till fortsatt regelbunden kontakt med tandvården. Denna inriktning av det framtida tandvårdsstödet, anser utredningen, bör gynna ett tandhälsofrämjande beteende hos såväl den enskilde som hos vårdgivaren samt på skynda de arbetsorganisatoriska förändringar med teamtandvård, som utredningen närmare belyst i kapitel 4, Tandvårdens struktur

#### *Inför tandvårdsersättning för undersökningsåtgärderna för åldersgruppen 30–64 år och räkna upp ersättningsbeloppet för alla*

I det reformerade ersättningssystemet som infördes den 1 januari 1999 utbetalas tandvårdsersättning för undersökningar enbart för åldersgruppen 20–29 år. Detta gjordes som en särskild satsning på unga vuxna som under senare år i högre grad än övriga vuxna skjutit upp sina regelbundna tandvårdsbesök av kostnadsskäl. Riksförsäkringsverkets utvärdering visar två år efter reformen emellertid inga direkta effekter av detta. Däremot framgår av RFV:s uppföljning av tandvårdsreformen åren 1998 och 2000 att i åldersklasserna 20–29 år och 30–44 år har drygt var femte tillfrågad svarat att de avstått från behandling trots att de haft behov.

Utredningen anser att den största faran för befolkningens tandhälsa på lång sikt ligger i att efterfrågan på regelbunden tandvård under senare år tycks ha minskat. Avsevärda investeringar, både med allmänna och enskilda medel har genom åren gjorts för att förbättra tandhälsan hos befolkningen. Om tandhälsan nu försämras genom att de regelbundna kontrollerna och de förebyggande insatserna minskar genom att uppkomna skador inte åtgärdas medan de ännu är små och förhållandevis billiga att åtgärda, blir kostnaderna för samhället och den enskilde högre på sikt.

Eftersom undersökningsåtgärden är basen för riskbedömning och terapiplanering anser utredningen att samtliga patienter bör ha rätt till tandvårdsersättning för den mest basala åtgärden. Utredningen vill, genom en satsning på tandvårdsersättning för undersökningsåtgärden, skapa ett incitament till fortsatt regelbunden



kontakt med tandvården för alla åldersgrupper. På så sätt jämställs alla åldersgrupper i detta hänseende eftersom riksdagen tagit beslut om att tandvårdsersättning skall utgå för undersökning för åldersgruppen 65 år och äldre fr.o.m. den 1 juli 2002.

Utöver att införa tandvårdsersättning för undersökningsåtgärderna 11 och 12 i tandvårdstaxan för åldersgruppen 30–64 år vill utredningen också förbättra ersättningsnivån för alla åldrar genom en uppräknings av tandvårdsersättningen för dessa åtgärder så att den motsvarar 30 procent av Folktandvårdens medelpris år 2002.

Utredningen anser i detta sammanhang också att tandvårdsersättningen för tandvårdsabonnemang skall höjas till 500 kronor per år. Tandvårdsabonnemang innebär att patienterna betalar en fast avgift per tvåårsperiod för all bastandvård som behövs och vårdgivaren får ett fast ersättningsbelopp för åtagandet.

Utredningen har tidigare framhållit vikten av långsiktighet när det gäller relationen mellan vårdgivaren och patienten. Utredningen bedömer att anslutning till abonnemangstandvård utgör en sådan långsiktig relation och att en sådan kan bli lönsam på sikt. Genom en höjning av ersättningen för tandvårdsabonnemang vill utredningen skapa ytterligare incitament för patienten att ansluta sig till en abonnemangstandvårdsmodell.

### *Kostnader*

Eftersom det sedan den fria prissättningen infördes inte finns någon nationell taxa har utredningen, för att få en uppfattning om merkostnaderna för försäkringen, utgått från Folktandvårdens medelpris. För undersökningsåtgärderna har tandvårdsersättningen vid beräkningen av merkostnaderna satts till 30 procent av Folktandvårdens medelpris år 2002. För tandvårdsabonnemang har den årliga tandvårdsersättningen satts till 500 kronor.

Med utgångspunkt från tillgängligt beräkningsunderlag från Riksförsäkringsverket bedömer utredningen merkostnaden för försäkringen till cirka 200 miljoner kronor. En viss efterfrågeökning har därvid uppskattats ske för de närmast kommande åren. I summan ingår också den merkostnad för försäkringen som uppstår vid uppräknings av ersättningsnivån för åldersgruppen 22–29 år och 65 år och äldre.

Utredningen föreslår att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att utforma underlag och lämna förslag till ersättningsbelopp för de ingående åtgärderna som täcker utredningens förslag.

### *Höj tandvårdsersättningen för förebyggande åtgärder*

Utredningen anser att den tandvårdsersättning som utgår för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården framdeles också måste utgöra ett väsentligt ekonomiskt stöd för den enskilde. Vikten av stöd till den vardagliga tandvården är i ett långsiktigt perspektiv inte bara av betydelse för den enskilde rent kostnads- och tandhälsomässigt utan också för samhällsekonomin genom lägre kostnader för tandvården.

Utredningen bedömer således det vara av stor vikt att den vardagliga hälsobefrämjande tandvården inte åsidosätts. Förebyggande vård behöver därför ha hög prioritet. Denna vård bör också med fördel till största delen kunna utföras av tandhygienister för att spara tandläkarresurser till den reparativa vården.

Utredningen har upprepade gånger poängterat att tandvårdsstödet skall ha en tandhälsoinriktning. Riksdagens beslut om att tandvårdsersättning skall utgå med ett och ett halvt grundbelopp för bl.a. förebyggande åtgärder för åldersgruppen 65 år och äldre fr.o.m. den 1 juli 2002 är ett steg i rätt riktning. Utredningen anser att samma tandvårdsersättning, ett och ett halvt grundbelopp, skall utgå också för åldersgruppen 20–64 år. Utredningen vill dessutom förbättra stödet ytterligare vad gäller de förebyggande åtgärderna genom en uppräknig av nuvarande ersättningsnivåer för tandvårdstaxans åtgärdsgrupp 2 så att grundbeloppen motsvarar 30 procent av Folktandvårdens medelpriser år 2002.

### *Kostnader*

För att få en uppfattning om merkostnaderna för försäkringen har utredningen utgått från Folktandvårdens medelpris år 2002. Vid beräkning av merkostnader för försäkringen har grundbeloppen i tandvårdstaxans åtgärdsgrupp 2, förebyggande åtgärder, satts till 30 procent av Folktandvårdens medelpris.

Det föreligger stora svårigheter att med närmare precision uttala sig om framtida kostnader eftersom utredningen bedömer att det

initialt kommer att bli en efterfrågeökning på bastandvård. Med utgångspunkt från tillgängligt beräkningsunderlag från Riksförsäkringsverket bedömer utredningen att merkostnaden för försäkringen under de första åren blir cirka 190 miljoner kronor. I summan ingår också den merkostnad för försäkringen som uppstår vid uppräkningsnivån för åldersgruppen 65 år och äldre.

Utredningen föreslår att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att utforma underlag och lämna förslag till ersättningsbelopp för de ingående åtgärderna som täcker utredningens förslag.

### *Høj tandvårdsersättningen för pulpakirurgisk behandling*

Utredningen har tidigare föreslagit att kirurgisk behandling av allvarlig tandlossningssjukdom skall inlemmas i sjukvårdens avgiftssystem. Utredningen har även övervägt möjligheten att inrymma såväl infektioner/inflammationer i tandpulpan, kring rotspetsarna och i tandsäckarna vid tändernas genombrott i sjukvårdens avgiftssystem. Utredningen har dock inte ansett det realistiskt att föreslå en så omfattande utökning av landstingens ansvar.

Riksdagens beslut om utökat stöd för bastandvårdens åtgärder fr.o.m. 1 juli 2002 för åldersgruppen 65 år och äldre innebär att ett och ett halvt grundbelopp utgår för bl.a. åtgärdsgrupp 4, pulpakirurgisk behandling i tandvårdstaxan. Denna förstärkta ersättning anser utredningen skall utgå till samtliga vuxna från 20 års ålder. Ur folkhälsosynpunkt är det betydelsefullt att kunna behålla de egna tänderna.

Utredningen vill dessutom förbättra stödet genom att räkna upp grundbeloppen så att de motsvarar 30 procent av Folktandvårdens medelpris år 2002. På detta sätt torde också en styrning mot tandbevarande vård kunna åstadkommas jämfört med att ta bort de angripna tänderna och därmed få inflammation/infektion och smärta att upphöra.

### *Kostnader*

Utredningen har även här utgått från Folktandvårdens medelpris år 2002 för att få en uppfattning om merkostnaderna för försäkringen. Vid beräkning av merkostnader för försäkringen har grund-

beloppen i tandvårdstaxans åtgärdsgrupp 4, pulpakirurgisk behandling, satts till 30 procent av Folk tandvårdens medelpris.

Utredningen vill betona att det är svårt att med närmare precision uttala sig om framtida kostnader eftersom utredningen initialt bedömer att det kommer att bli en efterfrågeökning. Med utgångspunkt från tillgängligt beräkningsunderlag från Riksförsäkringsverket bedömer utredningen att merkostnaden för försäkringen är cirka 100 miljoner kronor. I summan ingår också den merkostnad som uppstår vid uppräknning av ersättningsnivån för åldersgruppen 65 år och äldre.

Utredningen föreslår att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att utforma underlag och lämna förslag till ersättningsbelopp för de ingående åtgärderna som täcker utredningens förslag.

#### *Gör behandling med bettskena till bastandvård*

Bettskenor låg tidigare inom tandvårdstaxans avdelning B, Protetik och tandreglering, och flyttades av misstag inte till avdelning A, Bastandvård, när det nya tandvårdsstödet trädde i funktion den 1 januari 1999.

Bettskenor görs i smärtlindrande syfte och inte som protetisk ersättning för förlorade tänder. Utredningen anser att personer med smärta och funktionsstörning i käksystemet bör ha samma möjlighet att få sina besvär åtgärdade inom ramen för bastandvårdens ersättningssystem som personer som drabbas av smärta t.ex. till följd av inflammation eller infektion i en tand.

Utredningen föreslår därför att åtgärd 77, Bettskena i hård akrylat, utförd på bettfysiologiska indikationer, flyttas till tandvårdstaxans avdelning A, Bastandvård.

#### *Kostnader*

Förändringen beräknas medföra en kostnadsökning för försäkringen med 25 miljoner kronor per år.

### 6.2.3 Högkostnadsskydd för protetik

#### Överväganden och förslag

**Utredningen anser att** ett högkostnadsskydd skall inrättas för alla åldersgrupper med stora protetiska vårdbehov så snart som statsfinanser och vårdresurser tillåter.

Som tidigare poängterats anser utredningen att det ekonomiska stödet till tandvård också fortsättningsvis skall ha en tandhälsoinriktning. Dock får detta inte äventyra att personer med behov av omfattande vård i form av protetiska åtgärder skall kunna få ett bättre stöd mot höga behandlingskostnader.

Med tandvårdsförsäkringen skapades förutsättningar för alla vuxna att till rimliga kostnader även få omfattande tandvård. Bristen i nu gällande system är att stödet vid mycket omfattande protetiska behandlingar är otillräckligt. Fasta protetiska ersättningar i form av kronor och broar är för den enskilde sällan en permanent livslång behandling utan kräver både uppföljning och ofta omgörning av olika orsaker. Många av dem som, när den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974, kunde ersätta förlorade tänder med omfattande fasta protetiska konstruktioner till en låg avgift, befinner sig nu i situationen att tidigare utförda kronor och broar behöver göras om till en idag hög kostnad. Om skadorna på befintliga tänder och konstruktioner är så omfattande att behandling med implantat blir nödvändig blir behandlingskostnaderna mycket höga, ofta i storleksordningen 30 000 kronor eller mera. Implantat kan också vara den enda lösningen om en större del av käkbenet resorberats, vilket kan vara fallet om patienten sedan unga år haft en avtagbar protes.

Utredningen uttalade redan i delbetänkandet att det vore önskvärt att alla med höga behandlingskostnader skulle kunna komma i åtnjutande av det utökade stöd som föreslogs för äldre patienter. Anledningen till att stödet då inte föreslogs gälla generellt var att kostnaderna inte skulle rymmas inom den då tillgängliga kostnadsramen. Utredningen bedömde också att de tandvårdsresurser som finns i landet heller inte skulle räcka till för att tillgodose den ökade efterfrågan på tandvård som skulle uppomma.

Riksdagens beslut att införa ett högkostnadsskydd för all protetik för åldersgruppen 65 år och äldre fr.o.m. den 1 juli 2002, där kostnaden för protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för

vissa material och bastandvård, under en behandlingsomgång uppgår till högst 7 700 kronor, kan ses som ett första steg. Eftersom detta stöd sannolikt blir mycket resurskrävande bör en noggrann utvärdering av effekterna genomföras. I utvärderingen måste ingå såväl kostnadsutvecklingen för försäkringen som hur ersättningsystemet påverkar beteendet hos vårdgivare och patienter. Nödvändiga förändringar kan då vidtas innan en utökning sker av högkostnadsskyddet till att omfatta alla åldersgrupper.

Flera undersökningar pekar mot att det finns ett tydligt samband mellan pris och efterfrågan. Studier framför allt från USA har visat att efterfrågan på och konsumtionen av tandvård stiger vid total, men även vid hög andel tredjepartsfinansiering av vården. Om resultaten är överförbara till svenska förhållanden med en ökning av tredjepartsfinansieringen till 100 procent för behandlingar där kostnaden överstiger 7 700 kronor skulle det innebära att statens utgifter för tandvårdstödet ökar markant. Utredningen räknar med att så blir fallet åtminstone de närmaste åren efter en större avgiftsminskning för den enskilde, för att sedan stabiliseras på en nivå något högre än idag. Det är också rimligt att anta att det finns ett ackumulerat vårdbehov som behöver bli tillgodosett, vilket bidrar till en initial efterfrågeökning som sedan planar av.

Konsumtionen bestäms dock inte enbart av patientens egna preferenser. Tandläkaren har ett stort inflytande på patientens val av åtgärder. Utredningen förutsätter att genomförd behandling baseras på realistiska behandlingsförslag som långsiktigt kommer att ha stor betydelse för att patienten upp genom åren skall kunna bibehålla en god tandhälsa. Detta innebär också att protetiska konstruktioner heller inte nämnvärt skall försvåra för patienten att kunna upprätthålla en adekvat munhygien när finmotoriken och synen blir sämre.

Utredningen anser att alla, oavsett ålder, med stora protetiska vårdbehov skall få del av ett högkostnadsskydd när statsfinansiering och vårdresurser så medger.

### *Kostnader*

Utredningen föreslår att ett högkostnadsskydd införs för protetiska åtgärder, såsom kronor, broar och implantat, åt personer som är 20 år och äldre.

Förslaget innebär att tandvårdsersättningen skall uppgå till 100 procent av arvodet. Ersättning lämnas endast med den del av tandvårdsersättningen som under en behandlingsomgång överstiger ett karensbelopp om 7 700 kronor. Det bör noteras att eventuell materialkostnad, liksom idag, tillkommer.

Utredningen anser inte att en fri prissättning kan kombineras med en hundra procentig ersättning från tandvårdsförsäkringen när stödformen kommer att gälla för alla i åldrarna 20 år och däröver. En sådan modell skulle verka kraftigt prishöjande och leda till okontrollerbara kostnadsökningar för försäkringen. Utredningen anser därför att obligatorisk förhandsprövning skall gälla för alla fr.o.m. 20 års ålder enligt samma bestämmelser som gäller för åldersgruppen 65 år och äldre avseende högkostnadsskyddet som införs från den 1 juli 2002.

Eftersom förhandsprövning föreslås bli obligatorisk i samtliga fall där den sammanlagda tandvårdsersättningen för protetik beräknas överstiga 7 700 kronor bedömer utredningen inte risken för överkonsumtion av vård som oroväckande hög. Patienten skall utöver arvodet för den protetiska terapin betala bl.a. kostnader för material i form av ädelmetall/gjutmetall som ingår i konstruktionerna. Vidare ingår inte kostnaden för bastandvård i detta skydd mot höga behandlingskostnader. Det är osannolikt att en patient som har behov av en större protetisk rekonstruktion av bittet inte samtidigt har behov av bastandvård, åtminstone i form av förebyggande vård. Som utredningen tidigare påpekat finns sannolikt ett ackumulerat vårdbehov som behöver bli tillgodosett, vilket kommer att medföra en konsumtionsökning av protetik. På längre sikt bör dock bastandvården bidra till att behovet av omfattande protetik minskar.

Utredningen vill understryka att det föreligger stora svårigheter att med närmare precision uttala sig om framtida kostnader. Som underlag för beräkningar har använts material från Riksförsäkringsverket.

Utredningen har beräknat merutgiften för försäkringen till cirka 800 miljoner kronor per år, varvid en viss konsumtionsökning medräknats.

### 6.3 Slutkommentarer och kostnader för förslagen

Utredningen vill betona att de förslag som den tagit fram visserligen var för sig kan bidra till att skapa förutsättningar för en positiv utveckling av svensk tandvård och av tandhälsan hos befolkningen. Förslagen måste dock, enligt utredningen mening, bedömas i ett helhetsperspektiv, där satsningen på bastandvård inte är fristående från satsningen på ett högkostnadsskydd. Även om de av statsfinansiella och personella skäl måste införas etappvis är den satsning på bastandvård som utredningen föreslår en förutsättning för fortsatt tandhälsoinriktning som bör stimulera till ökat ansvarstagande från patienternas sida för sin tandhälsa. Denna inriktning bör därför på sikt bidra till en förbättrad tandhälsa och minskade kostnader för tandvård för den enskilde och på så sätt balansera uttaget i högkostnadsskyddet och därmed också minska statens utgifter för tandvård.

Utredningen varnar i flera sammanhang för att en fortsatt prisökning i den takt som skett under senaste åren kan äventyra en fortsatt utbyggnad av tandvårdsförsäkringen. Utredningen vill också peka på risker som finns med att vårdgivarna prioriterar sådan vård där det finns ett högkostnadsskydd och där staten betalar i princip hela vårdkostnaden över ett visst belopp. Detta skulle kunna medföra att barn- och ungdomstandvård, nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som har samband med allmänsjukdom, för vilken tandvård landstingen har ett särskilt ansvar, inte blir utförd inom den privata sektorn. Staten kan knappast acceptera att sådan prioriterad tandvård helt blir en uppgift för folktandvården och att denna får ta hela ansvaret för att de prioriterade patientgrupperna får den vård de har rätt till.

I följande tabell redovisas de årliga kostnaderna för utredningens förslag.



*Utredningens förslag samt de årliga kostnaderna*

Utredningens förslag	Årlig kostnad, mnkr
Tandvård som har samband med sjukdom	80
Infektionsbehandling vid tandlossning	60
Biopsier, PAD	1
Förstärkt stöd för unga vuxna	42
Tandvårdersättning för undersökning	200
Förstärkt tandvårdersättning för förebyggande åtg.	190
Förstärkt tandvårdersättning för pulpakirurgiska åtg.	100
Bettskenor blir bastandvård	25
Högekostnadsskydd för protetik	800
Summa	1 498

## 7 Trygghet för patienterna

### 7.1 Landstingens patientnämnder

Utredningen skall enligt direktiven överväga om ärenden som rör tandvård även i andra fall än de som nu anges i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet skall kunna behandlas av landstingens patientnämnder.

#### 7.1.1 Nu gällande regler

Om en patient inte är nöjd med sin vård eller behandling bör han/hon i första hand vända sig till berörd vårdpersonal eller, när det gäller folktandvården, till klinikchefen eller chefen för folktandvården för att reda ut problemet. Är patienten fortfarande missnöjd kan han/hon vända sig till landstingets patientnämnd om vården sker inom folktandvården eller till den lokala privattandläkarföreningens förtroendenämnd om vården skett hos en privat vårdgivare. Patientnämndernas och förtroendenämndernas uppgift är att främja kontakterna mellan patient, anhöriga och vårdpersonal samt att hjälpa till när samverkan mellan patient och vård inte har fungerat på ett bra sätt.

Om någon av hälso- och sjukvårdspersonalen har gjort sig skyldig till fel eller försummelse i sin yrkesutövning, kan en anmälan lämnas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för prövning. Anmälan som avser klagomål på hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet eller missnöje med tillämpning av patienträttigheter ur medicinsk, rättslig och social synvinkel kan lämnas till Socialstyrelsen.

Rätten till tandvårdsersättning inom tandvårdsförsäkringen kan prövas i domstol om en patient inte är nöjd med försäkringskassans beslut.

Det finns inte någon lag eller några bestämmelser i någon lag som direkt anger en patients rättigheter inom tandvården. Det går t.ex. inte att överklaga ett ställningstagande eller "beslut" i vården och på det sättet få vård eller viss speciell vård inom ramen för ett landstings åligganden enligt tandvårdslagen (1985:125). Förhållandet är detsamma när det gäller hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Landstinget har i tandvårdslagen angivna skyldigheter liksom personalen. Det innebär att patienterna indirekt får vissa rättigheter. Den som är sjuk skall t.ex. enligt lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) behandlas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav.

Vissa lagar ger patienten rättigheter i den meningen att beslut går att få prövade i domstol. Sekretesslagen (1980:100), patientjournalagen (1985:562) och lagen om allmän försäkring (1962:381) är exempel på sådana lagar. Patientskadelagen (1996:799) är konstruerad så att en patient som är missnöjd med ett ersättningsbeslut kan stämma landstinget och få sina anspråk prövade i domstol.

En person som är missnöjd med ett landstings ställningstagande i frågor om den tandvård som landstinget skall svara för har ingen rätt att överklaga beslut som rör en enskilds tandvård hos en domstol eftersom detta inte finns angivet i tandvårdslagen. När det gäller en försäkringskassas beslut om ersättning för tandvård inom tandvårdsförsäkringens ram finns emellertid en sådan rätt enligt lagen om allmän försäkring.

I varje landsting och kommun skall det enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Till patientnämnden kan en person vända sig som t.ex. är missnöjd med att inte ha fått önskad tandvård utförd utan avgift eller inom ramen för hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Frågan om möjligheterna att överklaga landstingets ställningstagande i frågor om tandvård som landstinget skall svara för, t.ex. uppsökande tandvård till boende på sjukhem, i gruppboende m.m., nödvändig tandvård till dessa samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling, behandlades inte i regeringens proposition 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*. Denna lag till grund för införandet av förmånerna i anslutning till dessa verksamheter. I ett antal motioner, som framlades i anslutning till propositionen, togs

frågan emellertid upp. Socialutskottet avstyrkte motionerna utan närmare diskussion i betänkandet 1997/98: SoU25 *Reformerat tandvårdsstöd*. Utskottet ansåg att det bör ankomma på landstingen att utfärda föreskrifter så att patienterna får adekvat vård.

En patients möjlighet att överklaga landstingets ställningstagande att inte låta önskad tandvård omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem har också tagits upp i flera senare motioner i riksdagen. Socialutskottet konstaterade i betänkandet 2000/01:SoU1 att de frågor som tagits upp i dessa motioner täcktes av det uppdrag som regeringen gett utredningen.

Landstingsförbundet har i en skrivelse till regeringen den 16 juni 2000 föreslagit en ändring av lagen om patientnämndsverksamhet m.m. I samband med reformeringen av tandvårdsstödet den 1 januari 1999 fick landstingen ett ansvar för uppsökande verksamhet åt boende på sjukhem, i gruppboende m.m., nödvändig tandvård åt dessa samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. I samband med tandvårdsreformen konstaterades enligt Landstingsförbundet att det fanns möjlighet för den som var missnöjd med ett landstings ställningstagande till möjligheten att få nödvändig tandvård eller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, att vända sig till patientnämnden med sitt klagomål. Det uppmärksammades då att det inte finns någon skyldighet för patientnämnderna att behandla andra frågor om tandvård än de som rör tandvård som bedrivs av landstinget själv, dvs. inom dess folktandvård. Detta föranledde Landstingsförbundet att i skrivelsen föreslå att all tandvård som finansieras av landstinget skall omfattas av patientnämndernas kompetens.

### **Tandvårdslagen**

Landstinget skall svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller nitton år. Detta anges i 7 § tandvårdslagen (1985:125). Landstingens skyldighet att erbjuda boende på sjukhem, i gruppboende m.m. uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård föreskrivs i 8 a § samma lag. Där föreskrivs också att landstinget skall se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. I 15 a § anges att barn- och ungdomständer skall vara avgiftsfri. Där anges också att den uppsökande verksamheten skall

vara avgiftsfri och att landstinget får ta ut vårdavgifter enligt bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) för nödvändig tandvård och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Tandvårdslagen anger inte någon möjlighet för en patient att överklaga ett landstings ställningstagande till vilken vård som skall ges utan avgift eller enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

### **Lagen om allmän försäkring**

Den s.k. tandvårdsförsäkringen är en del av den allmänna försäkringen och regleras i 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. I 20 kap. 10 § anges att beslut av en allmän försäkringskassa enligt denna lag under vissa förutsättningar kan omprövas av kassan. I 11 § föreskrivs att beslut av en allmän försäkringskassa eller Riksförsäkringsverket i ärenden om försäkring enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol efter det att ärendet har omprövats av kassan. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten och regeringsrätten.

### **Lagen om patientnämndsverksamhet m.m.**

Enligt 1 § lagen om patientnämndsverksamhet m.m. (1998:1656) skall det i varje landsting och kommun finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,
2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård samt
3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

I 2 § föreskrivs att nämnderna utifrån synpunkter och klagomål skall stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att

1. hjälpa patienterna att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Det finns en skillnad vad gäller den vård som omfattas av patientnämndernas verksamhet inom hälso- och sjukvården respektive inom tandvården. Inom hälso- och sjukvården omfattas även sådan privat verksamhet som är kopplad till landstinget genom samverkansavtal, vårdavtal, entreprenadavtal eller motsvarande. Detta är inte fallet inom tandvården, där enbart den tandvård som bedrivs i landstingets egen regi, dvs. inom dess folktandvård, omfattas av patientnämndernas verksamhet.

Lagen om patientnämndsverksamhet m.m. bygger i väsentliga delar på bestämmelser i den tidigare gällande lagen (1952:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. En utvidgning skedde genom den nya lagen bl.a. så att nämndernas kompetensområde kom att utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård oavsett driftsform.

Tillkomsten av lagen om patientnämndsverksamhet föregicks av ett utredningsarbete i Kommittén om hälso- och sjukvårdens organisation (HSU 2000) som redovisade förslag i delbetänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154). Kommitténs uppdrag omfattade inte tandvården och kommittén lämnade inte heller något förslag beträffande denna. I regeringens proposition 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande*, förklarade regeringen att den inte var beredd att då, utan att frågan utretts, ta ställning till en utvidgning av patientnämndernas verksamhet till att på samma sätt som inom hälso- och sjukvården omfatta all offentligt finansierad tandvård. Nämndernas kompetensområde beträffande tandvården ändrades därför inte med anledning av den nya lagen.

### **Enkät till patientnämnderna**

För att få en uppfattning om i vilken utsträckning landstingens patientnämnder behandlat tandvårdsfrågor och vilka problem som därvid uppmärksammats, har utredningen gjort en enkät hos landets patientnämnder.

Det finns inte hos patientnämnderna något enhetligt sätt att registrera ärenden, varför det för många varit svårt att i detalj besvara frågorna i enkäten. Det är därför inte heller meningsfullt att siffermässigt i detalj redovisa resultatet. Detta redovisas i stället översiktligt.

Av de totalt cirka 18 000 ärenden som handlades hos patientnämnderna år 2000 rörde cirka 1 400 eller åtta procent tandvård. Med ett ärende avses då i allmänhet ett klagomål eller en fråga som föranlett en utredning och där en förklaring eller en hänvisning inte direkt kunnat ges till den som frågat eller klagat.

De flesta tandvårdsärendena – cirka 1 000 – har rört frågor inom den del av vuxentandvården som faller inom tandvårdsförsäkringens ram. Otillräckliga förhandsbesked om kostnaderna för behandlingen och krav på betalning vid omgörning av tandvårdsarbeten som ej fungerat tillfredsställande, är vanliga orsaker till klagomål.

Inom den tandvård som landstingen enligt tandvårdslagen skall svara för har knappt 100 ärenden rört barn- och ungdomstandvård. Ofta har det varit fråga om att önskad tandregleringsvård inte har erbjudits utan avgift eller att viss vård har fördröjts så att den inte blivit avslutad under det år då patienten fyller nitton år. Därigenom har patienten fått betala en del av vården själv. Knappt 50 ärenden har rört uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. I allmänhet har det rört sig om att landstinget inte bedömt att patienten tillhört den personkrets som har rätt till avgiftsfri uppsökande tandvård och nödvändig tandvård med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Klagomål har också framkommit över att önskad behandling med implantat inte medgetts. Cirka 25 ärenden har berört tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Ofta har det då varit missnöje med att i fall där t.ex. infekterade tänder tagits bort har inte den protetiska ersättningen, som behövts för att fylla ut de uppkomna tandluckorna, fått betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Patienter har inte heller fått tandfyllningar i ett visst material utbytt mot sådana i annat önskat material inom ramen för detta avgiftssystem.

Det finns en koncentration av klagomålen till Stockholmsregionen. Omkring 500 ärenden har handlagts av patientnämnden i Stockholms läns landsting, vilket långt överstiger Stockholms läns andel av landets hela befolkning. Patientnämnden och tandvårdsnämnden i Stockholms läns landsting har gemensamt tillskrivit utredningen. I skrivelsen framhålls att regelverket kring tandvårdsreformen måste förtydligas och förenklas samt att förändringar bör

ske i tandvårdslagen så att det klarare framgår vilka som har rätt till de olika förmånerna. Nämnderna framhåller också att landstingen måste få större inflytande över de priser vårdgivarna tar ut så att kostnaderna bättre kan hållas under kontroll.

Samtliga patientnämnder är positiva till att lagen om patientnämndsverksamhet m.m. ändras i enlighet med Landstingsförbundets förslag så att all tandvård som finansieras av landstingen skall omfattas av patientnämndernas verksamhet. Omkring en tredjedel av patientnämnderna förfar redan nu på detta sätt trots att det saknar stöd i lagen. I något fall har överenskommelse om förfaringsättet träffats med den lokala privattandläkarföreningen.

Några patientnämnder anser att det skulle vara till fördel för patienterna om frågor och klagomål rörande all tandvård, oavsett finansiär och vårdgivare, kunde handläggas av patientnämnderna. Generellt anser man att reglerna för ekonomiskt stöd för tandvård är komplicerade och svåra att förstå både för patienter och för vårdgivare. Många missförstånd uppkommer till följd av detta.

### **Privattandvårdens förtroendenämnder**

Branschorganisationen Sveriges Privattandläkarförening (Privattandläkarna) har lokala förtroendenämnder till vilka patienter kan vända sig rörande behandlingen eller ekonomiska mellanhavanden, dock inte skadestånd. I den branschöverenskommelse som finns mellan Privattandläkarna och Konsumentverket finns detta reglerat. Nämnderna har likartade uppgifter som landstingen patientnämnder, att stödja och hjälpa patienterna och söka lösa konflikter mellan patienter och tandläkare. En tandläkare kan också vända sig till förtroendenämnderna vid konflikt med en patient.

Under år 2000 behandlades 697 ärenden vid de lokala förtroendenämnderna, varav 424 klarades av per telefon och 273 behandlades vid nämndernas sammanträden.

Det finns också en central förtroendenämnd som kan överpröva ställningstaganden i de lokala förtroendenämnderna. Under år 2000 behandlades 44 ärenden i den centrala förtroendenämnden.



### 7.1.2 Överväganden och förslag

**Utredningen föreslår att** patientnämndsverksamheten skall omfatta den tandvård som bedrivs av landsting eller som betalas av landsting. Utredningen anser inte att patientnämndernas verksamhet bör utökas till att omfatta all tandvård.

Klagomålen och missnöjet inom tandvården handlar påfallande ofta om ekonomiska frågor.

Ekonomisk ersättning inom tandvårdsförsäkringen utbetalas enligt tandvårdsförordningen (1998:1337) för all behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Trots detta blir patientavgifterna höga i jämförelse med de avgifter som skulle betalas om vården inrymdes inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, där avgiften för närvarande är maximerad till 900 kronor per tolv månadersperiod. Det är därför naturligt att patienter som får avslag på begäran om sådan vård blir missnöjda. Detta gäller vad avser vuxna, tandvård åt boende på sjukhem, i gruppboende m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. När det gäller barn- och ungdomar, där den vård som omfattas av landstingets ansvar är helt avgiftsfri, blir skillnaderna ännu större eftersom patienten får betala hela arvudet för sådan vård som landstinget inte anser omfattas av dess ansvar. Tandvårdsförsäkringen gäller inte förrän det år varunder en person fyller 20 år. Patientnämnderna är de enda instanserna patienterna då kan vända sig till med sitt missnöje.

Omkring 1 400 eller åtta procent av alla ärenden som patientnämnderna behandlade under år 2000 rörde tandvård. Detta är en förhållandevis stor andel eftersom praktiskt taget all hälso- och sjukvård som utförs i landet faller inom patientnämndernas ansvarsområde medan all vuxentandvård som utförs av privata vårdgivare ligger utanför. Patienterna har emellertid som nämnts starka ekonomiska skäl att så långt det är möjligt få landstinget att svara för tandvårdskostnaderna.

Det ter sig naturligt att patientnämndernas ansvarsområde vidgas till att omfatta all tandvård som finansieras av landstingen på samma sätt som gäller hälso- och sjukvård.

Utredningen anser emellertid inte att samma formulering i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet beträffande hälso- och sjukvård kan tillämpas för tandvård. I 1 § anges att patientnämnden

skall stödja och hjälpa patienter inom den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting *eller enligt avtal med landsting* medan detta endast gäller för den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landstinget själv.

För barn och ungdomar finns frihet att välja mellan offentlig och privat vårdgivare för att få avgiftsfri tandvård på landstingets bekostnad enligt 7 § tandvårdslagen införd i alla landsting utom ett. Detta är inte reglerat i lag eller förordning utan baserat på beslut i de enskilda landstingen. För nödvändig tandvård åt boende på sjukhem, i gruppboendestäder m.m. samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling, dvs. sådan tandvård som beskrivs i 8 a § tandvårdslagen, har patienten rätt att välja om behandlingen skall utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person som enligt 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring är uppförd på förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan. Detta anges i 15 a § tandvårdslagen. Det krävs således inget avtal mellan landstinget och den enskilde näringsidkaren m.fl. för att bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen skall få tillämpas. Därför bör patientnämndsverksamheten omfatta den tandvård enligt tandvårdslagen som bedrivs av landsting *eller som betalas av landsting*.

Utredningen anser inte att patientnämndernas verksamhet bör utökas till att omfatta all tandvård, dvs. även sådan som utförs av privata vårdgivare eller av staten vid universitet och högskolor och som helt betalas med patientavgifter och ersättning från försäkringskassan. För den privata tandvården finns förtroendenämnder i privattandläkarföreningarnas regi enligt överenskommelse med Konsumentverket. När det gäller tandvårdsersättning finns en formell besvärsmöjlighet enligt lagen om allmän försäkring. Dessutom tar Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) emot klagomål på personal inom tandvården. Utredningen anser inte att det i större utsträckning skulle förbättra patienternas möjligheter att få stöd och hjälp om det tillkom ytterligare en instans att vända sig till. För många missnöjda är det redan nu svårt att orientera sig bland de klagoinstanser som finns.

## 7.2 Garantier m.m.

### 7.2.1 Garanti vid omgörning

Orsakerna till att ett tandvårdsarbete eller en tandbehandling måste göras om efter viss tid kan variera. Det kan bero på att arbetet eller behandlingen utförts på ett felaktigt sätt både vad gäller tandläkarens och, i förekommande fall, tandteknikerns arbete, materialbehandlingen eller ofullkomligheter hos de material som kommit till användning. Det biologiska underlaget hos patienten kan också svikta och förändras på ett sätt som inte var förutsett. Det kan t.ex. röra sig om fyllningar som lossnat, inflammationer vid rotspetsarna som inte läker ut efter rotbehandling, rotfrakturer under stiftkronor eller karies runt kanterna på kronor. Många gånger finns det flera orsaker samtidigt och det kan vara svårt att i efterhand klargöra eventuella orsakssamband.

I den förordning om tandvårdstaxa, som gällde till den 1 januari 1999, fanns bestämmelser om att en tandläkare inte fick ta ut nytt arvode när en behandling med avtagbar protes behövde göras om inom ett år efter den dag protesen lämnades ut till patienten. För fasta proteser såsom kronor och broar, fick tandläkaren inte ta ut nytt arvode inom två år efter den dag protesen sattes fast. Någon tandvårdsersättning utbetalades inte heller från försäkringskassan. Detta innebar att såväl patienter som försäkringen garanterades ett skydd mot de kostnader som uppkom om den protetiska behandlingen behövde göras om efter en kort tid. Det innebar också att den tandläkare som utfört den ursprungliga behandlingen och utfärdat garantin själv fick stå för kostnaderna för omgörningen. Det framgick av tandvårdstaxan att det var tandläkaren som ansvarade för garantin gentemot patienterna och försäkringen. Ansvarsfrågor rörande det tandtekniska arbetet fick lösas mellan tandläkaren och det tandtekniska laboratoriet.

Den förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa som gäller från och med den 1 januari 1999 reglerar enbart när en vårdgivare har rätt att debitera försäkringen och föreskriver inget om de ekonomiska relationerna mellan vårdgivaren och patienten. Patienten eventuella kostnader för en omgörning är en fråga mellan vårdgivaren och patienten. Det skall enligt 26 § tandvårdstaxan framgå av vårdgivarens prislista om vårdgivaren har tecknat en försäkring för att göra om protetiska arbeten. Försäkringskassan lämnar inte tandvårdsersättning för avtagbar eller fast protetik om arbetet

behöver göras om inom ett respektive två år. Vissa undantag finns nu som tidigare Dessa undantag är när en protes utförts enligt immediatteknik (en avtagbar protes lämnas ut samtidigt som tänder tas bort), protesen är avsedd endast för tillfälligt bruk, patienten kan lastas för att behandlingen behöver göras om eller när protesen utsatts för yttre våld. Detta framgår av 16 § tandvårdstaxan.

Alla privatpraktiserande tandläkare som är medlemmar i Sveriges Privattandläkarförening lämnar garanti gentemot patienten när en behandling med avtagbar eller fast protetik måste göras om inom viss tid. Omgörning av arbetets sker då kostnadsfritt för patienten. Garantitiderna och villkoren överensstämmer med vad som gäller för vårdgivarens rätt att få ut tandvårdsersättning från försäkringskassan vid omgörningen. Privattandläkarnas garantiätagande finns i en s.k. branschöverenskommelse mellan Konsumentverket och Sveriges Privattandläkarförening från december år 1998. En privat-tandläkare kan också lämna en utfästelse om utökad garanti utöver ett respektive två år. En sådan utökad garanti skall dokumenteras i ett särskilt garantibevis till patienten. En privattandläkare kan i sin tur återförsäkra sig genom Privattandläkarföreningen för kostnaderna för sina garantiätaganden. Det finns också möjlighet att om en privattandläkare vill utöka garantin gentemot patienten till att gälla under tre till fem år för fast protetik, återförsäkra sig även för denna risk.

Enligt uppgift från Landstingsförbundet tillämpar alla folktandvårdsorganisationer i landet samma garantiregler som privattandläkarna, nämligen ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik.

### 7.2.2 Ersättning vid patientskada

Enligt patientskadelagen (1996:799), som gäller all hälso- och sjukvård inklusive tandvård, har en patient under vissa förutsättningar rätt till ersättning för personskada om skadan uppkommer vid undersökning, vård behandling, felaktig diagnostisering, överföring av smittämne, fel på medicinteknisk produkt eller utrustning, olycksfall i samband med undersökning, vård m.m. Patienten kan få ersättning för vårdkostnader, sveda och värk, lyte eller men. Alla vårdgivare skall ha en patientförsäkring som täcker ersättningen för skador som omfattas av lagen.

### 7.2.3 Överväganden och förslag

**Utredningen anser att** vårdgivarna bör utforma en garanti även när det gäller vissa åtgärder inom bastandvården.

Utredningen finner det tillfredsställande att alla vårdgivare frivilligt lämnar garanti för omgörning av protetiska arbeten på samma sätt som gällde före den 1 januari 1999, då en föreskrift om detta fanns i förordningen om tandvårdstaxa. Utredningen vill betona vikten av att de berörda patienterna tydligt och helst skriftligt informeras om de lämnade utfästelserna om garanti.

Enligt vad utredningen erfarit uppkommer ibland missnöje hos patienter som fått betala för en åtgärd inom bastandvården som sedan inte fungerat på avsett sätt under rimlig tid utan måste göras om eller kompletteras eller ersättas med en annan åtgärd, som patienten också fått betala för. Det kan t.ex. vara fråga om en fyllning som lossnat och måste ersättas med en krona eller en rotbehandling som måste göras om eller inte leder till läkning med följd att tanden måste tas bort och ersättas med en bro eller ett implantat. Utredningen ser det som en fördel om vårdgivarna även när det gäller vissa åtgärder inom bastandvården kunde utforma en garanti som gör att patienten inte behöver betala ytterligare patientavgifter vid omgörning etc.

## 7.3 Jämställdhet

Enligt direktiven skall utredningen analysera tandvårdsstödet ur jämställdhetsperspektiv och uppmärksamma kvinnors och mäns skilda behov samt redovisa systemets effekter för respektive kön.

### 7.3.1 Tandhälsa

#### **Barn och ungdomar**

Även om det inte ingår i direktiven vill utredningen i sin beskrivning av tandhälsan hos män och kvinnor inleda med situationen hos barn och ungdomar.

Socialstyrelsen har i Meddelandeblad nr 7/01 redovisat tandhälsan för barn och ungdomar när det gäller karies. Uppgifterna bygger på material från landstingen som har ansvar för att barn och

ungdomar erbjuds tandvård utan avgift. Två tredjedelar av lands-  
tingen kunde redovisa sin statistik med uppdelning på flickor och  
pojkar.

I följande tabell återges tandhälsotalen.

*Tandhälsotal för barn och ungdomar år 2000*

Hälsotal	Medelvärde	
	Flickor	Pojkar
Kariesfria 3-åringar	93,9 %	93,6 %
Kariesfria 6-åringar	70,4 %	69,3 %
DFT* 12-åringar	1,02	0,90
DFT* 19-åringar	3,66	3,59
DFSa* 19-åringar	1,40	1,44
Kariesfria approximalt 19-åringar	58,9 %	58,1 %

\* Uppgifterna redovisas som index där D=Decayed (karierad), F=Filled (fylld), T=Teeth (tänder), S=Surface (tandyta) och a=approximal (kontaktyta i tandbågen)

Medelvärdena för de redovisade måtten på tandhälsa skiljer sig  
obetydligt mellan flickor och pojkar. Det finns en liten tendens till  
att värdena för DFT är något lägre (bättre) för pojkar än för flickor  
medan det omvända gäller för DFSa. Andelen kariesfria approxi-  
malt hos 19-åringar var större (bättre) bland flickorna än bland  
pojkar.

## Vuxna

Skillnader i tandhälsa hos vuxna kvinnor och män har belysts i flera  
vetenskapliga artiklar under senare år. Hugoson och medarbetare  
har i studien *Oral health of individuals aged 3–80 years in  
Jönköping, Sweden in 1973, 1983 and 1993* redovisat vissa upp-  
gifter. År 1973 och 1983 hade fler kvinnor än män helproteser i  
båda käkarna men år 1993 fanns ingen sådan skillnad. Detta stöds  
av SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) åren 1996–  
1997. Collin Bagewitz har år 2001 i avhandlingen *Prosthetic  
dentistry, care utilisation and social inequalities among older adults in  
Scania, Sweden* inte funnit några säkra belegg för att det finns några  
skillnader i tändernas tillstånd mellan kvinnor och män.

Vissa allmänsjukdomar som påverkar tänder och käkar är ojämnt fördelade mellan kvinnor och män.

Sömnapné är snarkning med ofrivilliga andningsuppehåll under sömnen. Vid ett andningsuppehåll sjunker syremättnaden i blodet. Under själva andningsuppehållet ökar blodtrycket medan hjärtfrekvensen sjunker. Efter andningsuppehållet ökar hjärtfrekvensen återigen. Hälften av alla patienter med sömnapné har förhöjt blodtryck. Män snarkar som mest i åldrarna mellan 30 och 60 år. Kvinnor snarkar mer sällan och mindre högljutt än männen men påverkas mer. Hos kvinnor uppkommer problemen oftast i samband med klimakteriet. En typisk snarkare är en överviktig, medelålders man.

Lichen är en kronisk hud- och slemhinnesjukdom med ofta förekommande symtom i munhålan. Den har ofta ett periodiskt förlopp med sjukdomsutbrott varvat med lugna perioder. I en undersökning av Axell år 1976 uppvisar cirka två procent av den vuxna populationen lichen i munhålan. Liknande eller något större andel har setts i flera andra vuxenepidemiologiska undersökningar. Andelen kvinnor är mer än dubbelt så hög som andelen män. Orsaken till lichen i munhålan är till stora delar fortfarande okänd.

Sjögrens Syndrom är en kronisk autoimmun sjukdom, som kännetecknas av torra slemhinnor i bl.a. ögon, mun, näsa, hals och luftvägar samt extrem trötthet. 90 procent av de diagnostiserade fallen är av okänd anledning kvinnor.

Inga stora skillnader mellan kvinnor och män finns när det gäller långvariga smärtor från käkleder och ansikte (orofacialt smärtsyndrom). Däremot söker kvinnor oftare hjälp för smärtorna. Detta har senast beskrivits i en artikel år 2001 av Wolf m.fl. I den aktuella undersökningen bland patienter som remitterats till Tandvårdshögskolan i Malmö var 78 procent kvinnor och 22 procent män.

Ätstörningar är en samlingsbenämning på i första hand anorexi (självsvält) och bulimi (hetsätning). Bland yngre tonåringar är anorexia nervosa den vanligaste ätstörningen och förekommer hos cirka en procent. Hos äldre tonåringar och kvinnor mellan 20 och 40 år är hetsättningsproblem vanligast. Den svåraste formen, bulimia nervosa, drabbar mellan en och två procent av alla kvinnor i åldrarna 18–30 år. Sammanlagt drabbas mellan fyra och fem procent av alla kvinnor någon gång av en allvarlig ätstörning. Den tid varunder sjukdomarna pågår är omkring sex år. Detta innebär att cirka 50 000 kvinnor i Sverige lider av anorexi eller bulimi. Av anorexipatienterna har cirka 20 procent skador på tandemaljen och

bland dem som lider av bulimi cirka 90 procent. Orsakerna är framförallt syrapåverkan av sura uppstötningar och kräkningar som ger frätskador på tänderna.

Reumatiska sjukdomar är generellt mer vanligt förekommande hos flickor/kvinnor än hos pojkar/män. Det finns dock några diagnoser där könsfördelningen är jämn eller där männen utgör en majoritet av de drabbade.

### 7.3.2 Efterfrågan och konsumtion

#### Barn- och ungdomar

Det finns inga rikstäckande uppgifter som visar skillnader när det gäller i vilken utsträckning flickor och pojkar utnyttjar landstingens avgiftsfria barn- och ungdomstandvård. I följande tabell finns emellertid siffror från Stockholms läns landsting som visar i vilken utsträckning pojkar och flickor i vissa åldrar besökt tandvården för undersökning och erforderlig behandling år 2001.

*Andelen flickor och pojkar av totalt antal bosatta i Stockholms län som besökt tandvården år 2001*

Ålder	Andel som besökt tandvården. Procent		
	Flickor	Pojkar	Skillnad
3 år	88	88	0
5 år	91	91	0
7 år	93	93	0
9 år	93	94	-1
11 år	94	93	+1
13 år	93	93	0
15 år	93	91	+2
17 år	90	89	+1
19 år	88	85	+3

Tabellen visar att det inte finns några eller små skillnader upp till 15-årsåldern. Därefter besöker flickor tandvården oftare än vad pojkar gör.



## Vuxna med särskilda behov

Landstingsförbundet samlar regelbundet in uppgifter från landstingen om utfallet av tandvårdsreformen som genomfördes den 1 januari 1999. Utredningen har fått ta del av uppgifterna avseende år 2000 och har gjort en egen analys av reformen när det gäller i vilken utsträckning kvinnor och män tagit del av de olika stödformerna och hur kostnaderna varierat.

### *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*

Landstingen har ansvar för att personer som bor på sjukhem, i gruppboende m.m. erbjuds besök av tandvårdspersonal för bedömning av munhälsan, instruktion om förebyggande åtgärder och kontakt med tandläkare eller tandhygienist om behov föreligger. Information skall också ges till omvårdnadspersonalen. Verksamheten är avgiftsfri. Landstinget skall också erbjuda personerna nödvändig tandvård med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård, för närvarande högst 900 kronor per tolv månadersperiod för sjukvård och tandvård tillsammans.

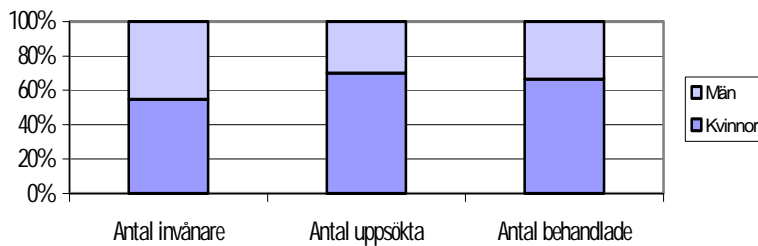
89 procent av dem som tagit del av den uppsökande verksamheten är 60 år eller äldre. Analysen har därför inriktats på denna grupp. I följande tabell visas antalet i landet bosatta inom den aktuella åldersgruppen, hur många som blivit uppsökta av tandvårdspersonal samt hur många som fått nödvändig tandvård.

*Antalet i landet bosatta, antalet som har nåtts av uppsökande verksamhet samt antalet som fått nödvändig tandvård år 2000. Åldersgruppen 60 år och äldre*

	Antal bosatta	Antal som sökts upp för munhälsobedömning m.m.	Antal som fått nödvändig tandvård
Kvinnor	1 331 040	43 780	40 405
Män	1 101 701	18 743	20 500
Totalt	2 432 741	62 523	60 905

I följande diagram visas relationerna mellan kvinnor och män när det gäller antalet invånare i landet över 60 år, samt antalet som blivit uppsökta och fått nödvändig tandvård i samma åldersgrupp.

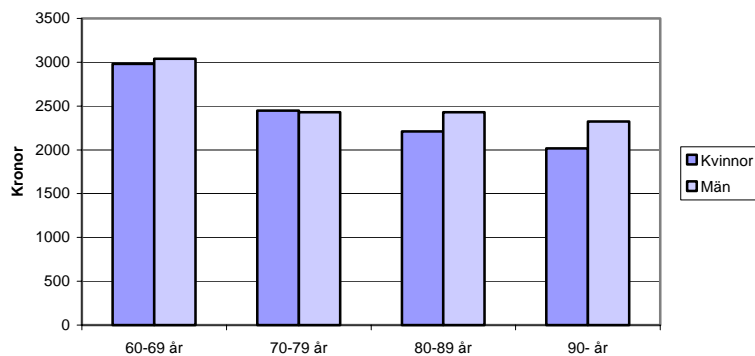
Fördelning på kvinnor och män 60 år och äldre år 2000. avseende antalet bosatta , antalet uppsökta för munhälsobedömning samt antalet behandlade. Hela riket.



Av diagrammet framgår att i hela befolkningen är andelen kvinnor något större än andelen män, 55 procent jämfört med 45 procent, i åldersgruppen. Bland dem som sökts upp för munhälsobedömning m.m. är andelen kvinnor större (70 %) än andelen män liksom när det gäller andelen som behandlats och fått nödvändig tandvård (66 % kvinnor).

Behandlingskostnaden per person som fått nödvändig tandvård visas i följande diagram.

Kostnad per person som fått nödvändig tandvård år 2000



Behandlingskostnaden är i stort sett lika för kvinnor och män i åldrarna 60–79 år medan den är cirka tio procent högre för männen i de högre åldersgrupperna.

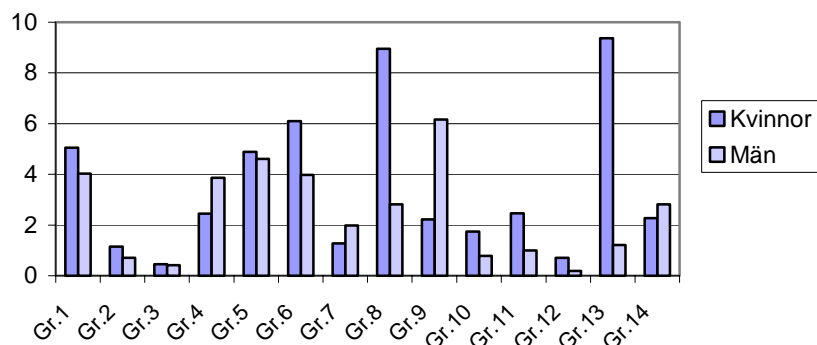
#### *Tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling*

Landstingen svarar också för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. En del av de missbildningar eller sjukdomar som medför att viss tandvård betalas med avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården förekommer i olika utsträckning hos kvinnor och män. Följande 14 grupper finns i landstingens redovisningssystem.

1. Behandling vid missbildning.
2. Behandling vid defekt på grund av sjukdom.
3. Behandling vid epileptiskt anfall.
4. Infektionsbehandling inför kirurgiskt ingrepp.
5. Behandling vid nedsatt immunförsvar.
6. Utredning om odontologiskt samband med grundsjukdom.
7. Behandling vid strålbehandling.
8. Behandling vid orofaciala smärtsyndrom.
9. Behandling vid allvarlig sömnapné.
10. Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.
11. Utbyte av fyllningar vid avvikande reaktion mot dentala material.
12. Utbyte av fyllningar vid medicinsk rehabilitering.
13. Behandling vid Sjögrens syndrom.
14. Behandling av strålbehandlade.

I följande diagram visas hur antalet kvinnor och män fördelar sig bland dem som behandlats inom de olika grupperna år 2000.

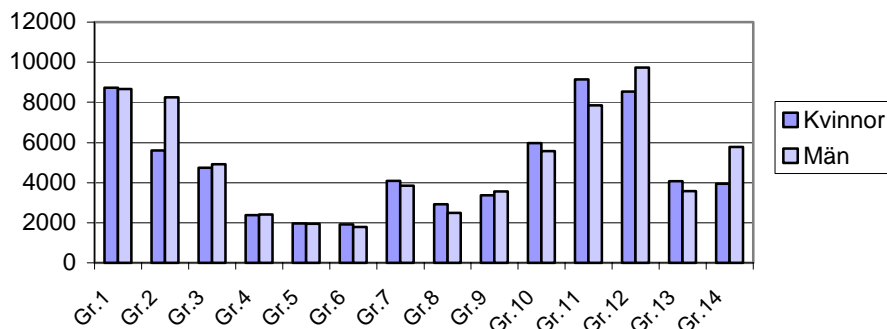
Tandvård som led i sjukdomsbehandling. Antal behandlade per 10 000 bosatta 20 år och äldre år 2000



En kraftig överrepresentation av kvinnor finns i grupperna 8, 10, 11, 12 och 13 och av män i grupp 9. I grupperna 10, 11 och 12 är dock antalet behandlade litet.

Kostnaden per behandlad inom de olika grupperna visas i följande diagram.

Tandvård som led i sjukdomsbehandling. Kostnad i kronor per behandlad år 2000



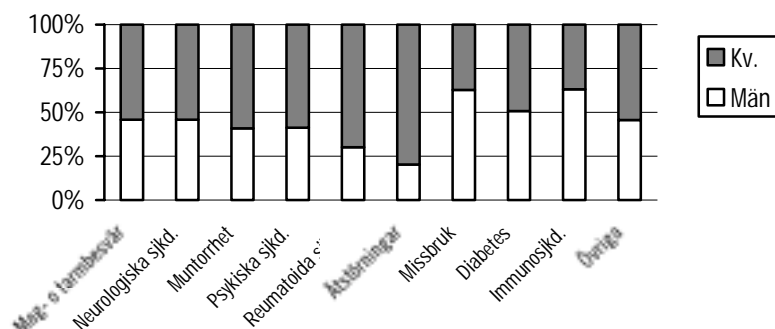
Skillnaderna mellan könen är här små utom i grupperna 2 och 14, behandling av defekt på grund av sjukdom respektive behandling av strålbehandlade, där den genomsnittliga behandlingkostnaden var nära 50 procent större för männen. De högsta kostnaderna per behandlad patient finns inom grupperna 11 och 12, som båda är relaterade till överkänslighet mot dentala material, där kvinnor är överrepresenterade när det gäller antalet patienter. Det finns emellertid inte några större skillnader mellan könen beträffande behandlingkostnaderna och därmed det ekonomiska stödet.

Inom tandvårdsförsäkringen finns ett utökat ekonomiskt stöd till personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Stödet utgör dubbelt grundbelopp för all sådan bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. För protetiska åtgärder tillämpas inte bestämmelsen om karensbelopp, för närvarande 3 500 kronor.

I avsnittet Patienter med särskilda behov har redovisats hur den förhöjda ersättningen för bastandvård inom tandvårdsförsäkringen utnyttjats från den 1 januari 1999 till den 30 juni 2001.

I följande diagram visas könsfördelningen för de vanligaste orsakerna som föranlett den förhöjda ersättningen.

Könsfördelningen bland dem som fått förhöjd ersättning för bastandvård januari 1999 – juni 2001



De största skillnaderna finns inom grupperna reumatiska sjukdomar och åtsörningar där kvinnorna dominerar kraftigt.

### Övriga vuxna

Riksförsäkringsverket har i rapporten *Tandvårdsstödet – Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet 1999, det första året* (RFV ANSER 2000:3) redovisat kvinnors och mäns tandvårdskonsumtion före och efter tandvårdsreformens genomförande år 1999. Underlaget utgörs dels av uppgifter från folktandvården i Södermanlands län åren 1998 och 1999, dels av egna uppgifter från hela landet om genomsnittliga patientavgifter för sådan tandvård som det utgått tandvårdsersättning för år 1999.

Uppgifterna från Södermanland från år 1998 kan antas vara representativa för hela Sverige under förutsättningen att man utförde samma typ av behandlingar inom Södermanlands folktandvård som i landet som helhet.

I följande tabell visas de genomsnittliga patientutgifterna inom Södermanlands folktandvård åren 1998 och 1999.

*Genomsnittliga patientavgifter inom Södermanlands folktandvård åren 1998 och 1999*

Åldersgrupp	1998		1999	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20-29 år	581	604	451	480
30-39 år	662	695	672	688
40-49 år	737	759	733	766
50-59 år	783	804	827	853
60-69 år	760	829	814	838
70-79 år	747	793	801	859
80 år och äldre	749	760	804	841

Männens genomsnittliga patientutgifter var högre än kvinnornas både år 1998 och år 1999. Detta gällde i alla åldersklasser. Män hade mellan två och nio procent högre utgifter än kvinnor i samma åldrar. För männen totalt sett var den genomsnittliga utgiften tre procent högre än för kvinnor under år 1998 och fyra procent högre under år 1999.

Riksförsäkringsverkets egen statistik för hela landet över patientavgifterna för den tandvård som det utgått tandvårdserättning för under år 1999 visar liknande bild – män har i alla åldersgrupper högre tandvårdskostnader än kvinnor. Beloppen ligger dock genomgående högre än vad som redovisats från folktandvården i Södermanlands län. Detta förklaras av att sådan tandvård och sådana patienter som inte fått någon ersättning från försäkringen, inte finns med i RFV:s material.

RFV har i samma rapport redovisat hur försäkringsutgifterna år 1999 fördelade sig på olika åldersgrupper och kön. I följande tabell redovisas resultatet.

Medelersättningen i per person som erhållit ersättning från tandvårdsförsäkringen år 1999. Kronor

Åldersgrupp	Kvinnor	Män
20-29 år	225	229
30-39 år	225	234
40-49 år	259	250
50-59 år	323	321
60-69 år	344	328
70-79 år	345	351
80 år och äldre	336	349

Genomsnittsansättningen storleksfördelning mellan könen varierar mellan åldersgrupperna. I de yngsta åldrarna har männen erhållit ett högre belopp än kvinnorna medan det i de mellersta åldersgrupperna i stället är kvinnorna som fått mer för att slutligen svänga över till att det i de äldsta grupperna återigen var männen som fått mer stöd i kronor räknat.

RFV har sedan år 1999 årligen genomfört enkätundersökningar avseende bl.a. tandvårdskonsumtionen. Den senaste rapporten avser tandvårdsutnyttjandet år 1998 och år 2000 och innehåller bl.a. en jämförelse mellan dessa år. Vardera undersökningen omfattade omkring 5 000 personer. Vid en analys av materialet anser RFV att det inte finns några skillnader mellan män och kvinnor med avseende på hur stora tandvårdsutgifter man haft.

När det gäller besöksfrekvensen hos tandvården, visade 1998 års undersökning på relativt stora skillnader mellan kvinnor och män. År 1998 uppgav 23 procent av männen och 19 procent av kvinnorna att de inte besökt tandläkare/tandhygienist under året. År 2000 hade 25 procent av männen och 23 procent av kvinnorna inte besökt tandvården. De minskade skillnaderna mellan könen beror följaktligen på att en ökad andel kvinnor anger att de inte besökt tandvården år 2000.

Socialstyrelsen har genomfört två intervjuundersökningar åren 1997 och 1999 avseende vuxnas besöksfrekvens, attityder, kostnader och betalningsvillighet vad gäller tandvård bland befolkningen i fyra län. Resultatet från den senaste undersökningen har redovisats år 2000 i rapporten *Tandvården i fyra län – En intervjuundersökning 1999*. Socialstyrelsen har gjort en specialbearbetning



av materialet åt utredningen med avseende på könsskillnader i resultaten.

Kvinnor uppger i högre grad än män att de varit hos tandläkare under det senaste året och en större andel män att de endast gått till tandläkare under det senaste året vid akuta symtom. Kvinnorna är i större utsträckning patienter hos privattandläkare än männen. En något större andel kvinnor anger att de inte har råd med den tandvård de anser sig behöva. Kvinnorna tycker också i högre grad än männen att tandvård är dyrt jämfört med andra utgifter för sjukvård och läkemedel.

SCB har i Hushållsinkomstundersökningen (HINK) och Hushållsekonomiundersökningen (HEK) år 2000 funnit vissa skillnader mellan kvinnor och män när det gäller tandvårdskonsumtionen. I de två följande tabellerna redovisas svaren på frågor om denna.

*Svar på frågan "Har utgifternas storlek för tandvård under 2000 påverkat Dig så att Du avstått från tandvård?" Fördelning i form av procentandelar efter kvinnor och män 20 år och äldre*

	Ja, helt	Ja, delvis	Nej, inte alls	Ej aktuellt
Kvinnor	6,3	9,4	81,9	2,4
Män	6,3	8,1	83,5	2,2
Samtliga	6,3	8,8	82,7	2,3

*Svar på frågan "Har utgiftens storlek för tandvård under 2000 påverkat Dig så att Du avstått från tandvård?" Fördelning i form av procentandelar efter familjetyp*

	Ja, helt	Ja, delvis	Nej, inte alls	Ej aktuellt
Ensamstående kvinnor med barn 0-17 år	21,6	22,3	54,7	1,4
Ensamstående män med barn 0-17 år	18,1	12,3	65,6	3,9

### 7.3.3 Överväganden och förslag

**Utredningens förslag** att all tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder skall betalas med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård, dvs. med högst 900 kronor per tolv månadersperiod, innebär att kvinnor inte längre kommer att missgynnas när det gäller det ekonomiska stödet för tandvård.

Det finns i flera avseenden skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukdomsförekomst och tandvårdsutnyttjande. Utredningen har emellertid inte funnit att vare sig tandvårdsförsäkringen eller de stödformer som administreras av landstingen missgynnar ettdera könet utom i ett avseende. När det gäller ett väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder inom tandvårdsförsäkringens ram finns vissa sjukdomar som är starkt könsrelaterade, t.ex. reumatoida sjukdomar och ätstörningar. För båda dessa grupper är det inte sällan aktuellt med tandvård i form av omfattande protetiska ersättningar till höga kostnader. Den extra subventionen inom tandvårdsförsäkringen för sådana åtgärder består i att karensbeloppet på 3 500 kronor inte frånräknas tandvårdsersättningen. Oavsett kostnaderna för de protetiska åtgärderna är således det extra stödet maximerat till detta belopp.

Utredningen lämnar förslag till att all tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder skall betalas med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård, dvs. med högst 900 kronor per tolv månadersperiod. Genomförs detta förslag kommer kvinnor inte längre att missgynnas när det gäller det ekonomiska stödet för tandvård.

## 7.4 Tandvårdskrediter

### 7.4.1 Högkostnadsskydd inom vården

För öppen vård finns tre stora offentliga subventionssystem, för öppen hälso- och sjukvård, för läkemedel och för tandvård. För öppen hälso- och sjukvård gäller bestämmelser om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som innebär att patientavgifterna under en tolv månadersperiod inte får överstiga 900 kronor. För läkemedel gäller som huvudregel enligt lagen

(1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. att patientavgiften under ett år inte skall överstiga 1 800 kronor. Tandvård för barn och ungdomar är enligt tandvårdslagen (1985:125) avgiftsfri liksom uppsökande verksamhet till boende på sjukhem m.m. Nödvändig tandvård till de boende på sjukhem m.m. samt viss tandvård i samband med sjukdom och funktionshinder betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård enligt samma lag. Övrig tandvård betalas med patientavgifter som utgör skillnaden mellan vårdgivarens arvode och den försäkringsersättning som utbetalas enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. För den som är 65 år finns från och med den 1 juli 2002 ett högkostnadsskydd som innebär att patientavgiften för protetiska åtgärder och tandreglering inte skall överstiga 7 700 kronor under en behandlingsperiod på i allmänhet ett år. Till detta belopp kommer dock avgifter för material i form av ädla metaller o.d. Till detta kommer avgifterna för bastandvård, för vilket inget högkostnadsskydd finns.

### **Hälso- och sjukvård**

För öppen hälso- och sjukvård, där patientavgiften högst kan uppgå till 900 kronor under en tolv månadersperiod, har flera landsting infört krediter. Som exempel kan nämnas Stockholms läns landsting där patienten inte behöver betala mer än 300 kronor i patientavgifter under en och samma månad. Om patienten önskar utnyttja krediten utlämnas ett inbetalningskort på den överskjutande avgiften i patientkassan. Information går sedan in centralt i landstinget, där bevakning sker. Avgifter som inte betalas lämnas i princip till inkasso. Enligt uppgift utnyttjas creditsystemet inte i någon större utsträckning. I hela landstinget uppgår antalet krediter av detta slag till färre än ettusen.

### **Läkemedel**

I samband med att lagen (1996:1150) om högkostnadsskydd vid köp av läkemedel m.m. trädde i kraft införde Apoteksbolaget (numera Apoteket AB) ett delbetalningssystem. Patienten kan få kredit för inköp av läkemedel och andra varor som omfattas av läkemedelsförmånen. Patienten undertecknar en kreditansökan/

kreditförbindelse och ansluter sig till receptregistrets högkostnads-service. Kreditbeloppet är maximerat till 1 800 kronor.

Riksförsäkringsverket har i rapporten *Medicin på kredit och i påse – Apotekets delbetalningssystem och dosdispenseringsverksamhet* (RFV ANSER 2001:6) beskrivit och analyserat kreditsystemet.

Enligt villkoren i kreditavtalet kan Apoteket AB ta ut en kontantavgift på upp till 150 kronor redan vid det första inköpet. I praktiken tar apotekspersonalen inte ut något kontantbelopp varför kunden kan få ut sina läkemedel utan något uttalat krav på kontantinsats.

Andra månaden efter den månad patienten fått sina läkemedel kommer den första fakturan på högst 150 kronor jämte en aviseringsavgift på fyra kronor. Varje månad därefter får patienten en faktura med inbetalningskort på 150 kronor jämte aviseringsavgiften till dess att hela kreditbeloppet är betalt. Registreringen att patienten är delbetalningskund finns kvar i delbetalningsdatabasen utan tidsbegränsning. Det betyder att när en ny period efter ett år påbörjas, löper avtalet vidare utan ny ansökan. Någon uppgift om i vad mån betalningarna sköts enligt avtalet finns inte hos apoteket, varför personalen inte kan se om en patient betalt sina tidigare skulder.

I princip godkänns alla kreditansökningar direkt vid apoteksdysken och någon kreditprövning görs inte av apoteket. Det finns inte möjlighet att neka en förnyelse av krediten även om betalningarna missköts.

Faktab Finans AB i Visby sköter faktureringen m.m. åt Apoteket AB. När en faktura inte betalas inom överenskommen tid skickar Faktab Finans AB ut en betalningspåminnelse. Till fakturan läggs en påminnelseavgift på 45 kronor. Om patienten inte gjort rätt för sig eller hört av sig tolv bankdagar efter påminnelse och inkassokrav överlämnas ärendet till Faktab Inkasso som vidtar rättsliga åtgärder för att få fordran fastställd. Kreditbelopp understigande 300 kronor går inte vidare för indrivning utan överförs till långtidsbevakning. Övriga ärenden drivs vidare till kronofogden.

Om patienten trots att kronofogdemyndigheten har fastställt fordran ej betalar sin skuld, går ärendet vidare till verkställighet (utmätning). Här gör Faktab dock en bedömning i vad mån det kan bli framgångsrikt att fullfölja kraven beroende på beloppets storlek och patientens ekonomi samt övriga önskemål från Apoteket AB. Efter det att ärendet har slutredovisats av kronofogdemyndigheten fortsätter eventuell obetalt skuld att handläggas

av Faktab Inkasso genom s.k. långtidsbevakning. Denna kan i teorin pågå under obegränsad tid intill dess att Apoteket AB ger upp hoppet om betalning och avskriver förlusten eller att patienten betalar.

Erfarenheten visar att allt fler faktureringar görs inom systemet, vilket tyder på att det utnyttjas av allt fler personer och att allt fler vill eller behöver dela upp sina patientavgifter över längre tid.

Enligt preliminära uppgift från Apoteksbolaget finns för närvarande cirka 580 000 konton upprättade med löpande krediter. Apotekets AB kostnader för kreditverksamheten uppskattas för år 2001 till cirka 90 miljoner kronor varav cirka 50 miljoner avser kreditförluster och cirka 40 miljoner avser kostnader för administration, indrivning etc.

Riksförsäkringsverket har i sin rapport redovisat ett flertal förslag till åtgärder för att begränsa kreditförlusterna och de administrativa kostnaderna, allt i syfte att begränsa kostnaderna för systemet. Dessa kostnader belastar Apoteket AB:s resultat, dvs. ytterst läkemedelspriserna och statens kostnader för läkemedelsreformen och de patienter som betalar sina patientavgifter.

## **Tandvård**

Både inom folktandvården och inom den privata tandvården finns system etablerade där patienter erbjuds betala sina tandvårdskostnader på kredit.

Utredningen genomförde i oktober år 2001 en enkät till landets folktandvårdsorganisationer för att utröna i vilken omfattning krediter erbjöds på patientavgifterna. Svaren visade att inom flertalet landsting gick det att få längre krediter för tandvård utöver de korttidskrediter som består i att patienten får ett inbetalningskort för betalning vid t.ex. nästa månadsskifte. I allmänhet fanns det avtal mellan folktandvården och en bank men inom sex landsting sköttes kreditgivningen helt inom folktandvården. I ett par fall var krediten då begränsad till 5–10 000 kronor medan den i allmänhet inte hade något tak eller ett tak på 40–60 000 kronor. Gränsen för krediter genom bank är i samma storleksordning.

En förutsättning för att få kredit är genomgående att personen är kreditvärdig och klarar en sedvanlig kreditprövning. Detta innebär t.ex. att det inte får finnas oreglerade tidigare skulder till folktandvården eller betalningsanmärkningar. Andra faktorer som

negativt kan påverka kreditprövningen är avsaknad av fast anställning och för låg inkomst eller pension.

Praktikertjänst AB har ett avbetalningssystem som erbjuds patienter hos företagets tandläkare. Företaget erbjuder tolv räntefria månader. Vad som betalas är en uppläggningsavgift och en månatlig aviavgift. Den effektiva räntan, uträknad enligt konsumentverkets riktlinjer, inkluderar uppläggningsavgiften 225 kronor och aviseringsavgiften under 11 månader. För ett lån på 50 000 kronor blir den effektiva räntan per månad för närvarande 1,73 procent och för ett lån på 3 000 kronor 32,63 procent. Förutsättningarna för att få tillämpa delbetalning är att det inte finns några betalningsanmärkningar, att det finns en fast anställning eller pension eller ett företagande under minst tre år som ger en årsinkomst på minst 110 000 kronor, att personen är mantalsskriven i Sverige sedan minst tre år samt att personen är myndig och har fyllt 20 år. Kredittiden kan förlängas till 24 månader. Återbetalning sker med fasta månadsbelopp och den effektiva räntan är för närvarande 19,84 procent vid 24 månaders kredittid och en kredit på 10 000 kronor.

Tandläkare utanför Praktikertjänst AB kan erbjuda krediter för tandvård t.ex. genom företaget Svensk Tandvårdskredit eller Lova Tandvårdskredit.

#### 7.4.2 Ekonomiska hinder för tandvård

SCB har i sina undersökningar över hushållsekonomin (HEK) som tidigare nämnts ställt frågan "Har utgiftens storlek för tandvård under 1999 påverkat Dig så att Du avstått från tandvård?" 15,4 procent av de tillfrågade svarade Ja. Motsvarande fråga när det gällde sjukvård gav 3,2 procent och för läkemedel 3,7 procent.

Relaterade till åldersgrupper fanns de flesta som avstått från tandvård i åldrarna 20–29 år och 30–54 år, 25,4 respektive 17,5 procent. Med utgångspunkt från hushållstyp var de flesta som avstått från tandvård ensamstående kvinnor med barn (41,1 procent) och gifta/sambo med tre eller flera barn (22,5 procent). Bland utrikes födda hade 27,7 procent avstått från tandvård, bland socialbidragstagare 51,5 procent, bland arbetslösa 34,1 procent och bland personer med sjukersättning, sjukbidrag eller vårdbidrag omkring 23 procent.

Riksförsäkringsverket har också utfört enkätundersökningar om tandvårdskonsumtionen åren 1998 och 2000. (RFV ANALYS-

ERAR 2002:5). Av dem som uppgett att de avstått från behandling hos tandläkare/tandhygienist under år 2000 uppger drygt 70 procent att de inte skulle klara en utgift för tandvård motsvarande 5 000 kronor. På frågan "Varför sökte Du inte behandling för Dina besvär?" svarade 50,6 procent år 1998 att de inte hade råd. Motsvarande andel år 2000 var 52,3 procent.

Socialstyrelsen har genomfört intervjuundersökningar i fyra län åren 1997 och 1999. Resultaten har redovisats i rapporter år 1998 respektive 2000. Personer som varit arbetslösa eller uppburit socialbidrag har uppgett lägre besöksfrekvens hos tandläkare/tandhygienist än övriga. På frågan "Jag har inte råd att få den tandvård jag själv tycker jag behöver" svarade 24 procent i undersökningen år 2000 att påståendet stämde. På frågan "Jag har inte råd att få den tandvård tandläkaren tycker jag behöver" svarade 18 procent att påståendet stämde.

#### 7.4.3 Överväganden och förslag

**Utredningen föreslår att** regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarnas organisationer utarbeta ett förslag till kreditgarantisystem.

Påfallande många människor avstår från tandvård av ekonomiska skäl. I vissa fall kan det naturligtvis vara en fråga om prioriteringar gentemot annan konsumtion som inte är absolut nödvändig och som t.ex. inte ingår i det som skall täckas av försörjningsstödet enligt socialtjänstlagen (2001:453). Utredningen anser dock att flera undersökningar visat på ett övertygande samband mellan svag ekonomi och avstående från tandvård. På längre sikt kan tandhälsan hos de berörda grupperna allvarligt försämrats så att omfattande och kostnadskrävande protetiska rekonstruktioner blir nödvändiga.

Genom den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 januari 2002 har rätten till bistånd för tandvård utökats. Tidigare omfattade rätten enbart akut tandvård men denna begränsning har tagits bort i den nya lagen. I regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.* anförs beträffande tandvård att det inte är rimligt att begränsa rätten till bistånd till enbart akuta åtgärder. Akuta åtgärder är ofta av provisorisk karaktär och kräver inte sällan efterföljande behandling för att ge en mer permanent effekt. Utredningen anser att genom ändringen i socialtjänstlagen har ett

betydelsefullt steg tagits för att avlägsna ekonomiska hinder för nödvändig tandvård åt de ekonomiskt svagaste grupperna.

Även den ändring i tandvårdsförsäkringen som sker den 1 juli 2002 och som innebär ett ökat stöd för bastandvård för personer som är 65 år och äldre och ett högkostnadsskydd för protetiska åtgärder för samma åldersgrupp, kommer att öka möjligheterna för personer med svag ekonomi att få erforderlig behandling. Regeringen har i propositionen 2001/02:51 *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* uttalat att det på sikt bör införas ett högkostnadsskydd för alla. Socialutskottet instämde i denna bedömning. Utredningen har i detta betänkande lagt fram förslag om en sådan utökning.

Trots de förbättringar som gjorts inom socialtjänsten och som kommer i tandvårdsförsäkringen och trots de kreditmöjligheter som finns inom tandvården, anser utredningen att det fortfarande kommer att finnas ekonomiska hinder för en stor grupp personer att få den tandvård som behövs för att långsiktigt få en god tandhälsa och ett litet behov av omfattande protetiska åtgärder. För att ha rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen krävs i princip att man helt saknar egna tillgångar. Trots det förbättrade ekonomiska stödet inom tandvårdsförsäkringen för personer över 65 år, kommer patientens kostnader i många fall ändå att bli höga. Utöver de 7 700 kronor som patienten själv får betala för protetiska åtgärder tillkommer kostnaderna för visst material och för bastandvård. I enskilda fall kan patientavgifterna uppgå till tiotusentals kronor. Möjligheterna att få krediter finns inte för dem som saknar inkomst eller har låg inkomst av arbete eller har pension eller för dem som har tidigare kreditanmärkningar.

För hälso- och sjukvård och för läkemedel finns creditsystem som innebär att ingen behöver avstå från behandling på grund av ekonomiska skäl. Utredningen anser att även för tandvården bör finnas ett liknande system så att ingen skall behöva avstå från tandvård. Tandvården är en del av hälso- och sjukvården och sambandet mellan allmän hälsa och god tandhälsa blir allt tydligare. Genom införandet av en statlig kreditgaranti för tandvård skulle skapas ett heltäckande system som garanterar alla medborgare tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive läkemedel och tandvård, utan ekonomiska hinder.

Utredningen har diskuterat olika modeller för ett kreditgarantisystem inom tandvården. Gemensamt för alla är att de nuvarande kreditmöjligheterna som finns för tandvård i första hand skulle



utnyttjas. Enbart i de fall ett privat kreditinstitut vägrat kredit för tandvård skulle en statlig kreditgaranti vara aktuell.

En lösning skulle kunna vara att införa ett system som används för läkemedel. Krediten får där delas upp på tolv månader. Kreditbeloppet är dock genom högkostnadsskyddet begränsat till 1 800. Ingen kreditprövning sker. Den som inte sköter sina avbetalningar blir inte krävd via inkasso. Kreditförlusterna är betydande i systemet. Utredningen anser inte att modellen är lämplig för tandvården.

En annan modell skulle kunna vara att staten via något kreditinstitut garanterar lån för tandvård. En sådan kreditgaranti skulle kunna förmedlas av vårdgivarens bankförbindelse. En sådan modell är dock enligt utredningens mening inte lämplig för de förhållandevis små belopp det ofta är fråga om inom tandvården.

Utredningen har i stället bedömt att ett system där Försäkringskassan skulle stå för krediterna är mer rationellt. Utbetalning av inte enbart försäkringsersättningen utan även patientavgiften skulle i sådant fall ske till vårdgivaren. Patienten har sedan att återbetala patientavgiften till kassan. Försäkringskassorna har erfarenhet av att betala ut underhållsstöd, som är en förmån som betalas ut till en försäkrad och som återkrävs från en annan. Kassorna har också betydande erfarenhet av återkrav i andra sammanhang. Om det skall finnas restriktioner i vilken vård som skall kunna betalas med statlig kredit, är försäkringskassan väl ägnad att bedöma vårdinnehållet såsom vid andra förhandsprövningar av tandvård.

Många juridiska och praktiska problem måste lösas innan en tandvårdskredit som administreras av försäkringskassorna kan införas. Som exempel på frågor kan nämnas om krediten skall vara en socialförsäkringsförmån som man återbetalar eller enbart ett lån. Författningar inom området för konsumentkrediter kan också beröras. Hur krav på att en kreditprövning först skall ske hos ett enskilt kreditinstitut skall utformas är också en fråga som måste lösas.

Det har inte varit möjligt att inom utredningen klargöra frågorna kring en statlig kredit för tandvård. Utredningen föreslår att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarnas organisationer utarbeta ett förslag till kreditgaranti-system.

## 7.5 Konsekvensanalys ur ett integrationspolitiskt perspektiv

Utredningen har haft i uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras. Utredningen skall vidare belysa den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens. Mot denna bakgrund skall utredaren lämna förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samt främjar effektivitet och samarbete inom tandvården.

Sverige genomgår sedan lång tid en omvandling från ett i kulturellt avseende mer homogent samhälle till ett samhälle med mångfald och Sverige är numera ett land med många olika kulturer, språk, religioner och traditioner. Mer än en miljon av Sveriges befolkning har invandrat, vilket innebär att mer än var tionde invånare är född utomlands. Därtill finns det cirka 800 000 personer som är födda i Sverige men har en eller två utrikes födda föräldrar. Majoriteten av dem har både en svenskfödd och en utrikes född förälder.

De som invandrat kan delas upp i tre numerärt sett ungefär lika stora grupper. En tredjedel är födda i andra nordiska länder, en tredjedel är födda i övriga Europa medan en tredjedel är födda i länder utanför Europa. Vad gäller deras ekonomiska bakgrund skiljer sig den minst lika mycket som de svenskföddas. Utbildningsmässigt finns också en stor spridning och utbildningsmässigt befinner de sig såväl bland dem som har den högsta utbildningen som bland dem som är nästintill analfabeter. Det enda de delar är erfarenheten att vara född i ett annat land än Sverige.

Av de utrikes födda som idag bor i landet bedöms omkring en tredjedel ha invandrat på grund av flyktinskäl eller liknande och en tredjedel av familjeskäl, medan det i övriga fall rör sig om arbetskraftsinvandring. Som tidigare har framgått sker två tydliga förändringar i den svenska befolkningen under de tio till femton närmaste åren. Befolkningen blir äldre, vilket innebär att befolkningen i arbetsför ålder börjar minska. De med utländsk bakgrund fortsätter att bli fler, inte i första hand på grund av invandring utan på att allt fler av barnen som föds i Sverige kommer att ha en eller två utrikes födda föräldrar och att huvudparten av dem som avlider är etniska svenskar. Personer med utländsk bakgrund beräknas

utgöra 27 procent av den arbetsföra befolkningen år 2015 och de har en, ur arbetskraftssynpunkt, mer gynnsam åldersammansättning än den övriga befolkningen.

I tidigare avsnitt har redogjorts för tandhälsa, tandvårdsbehov och tandvårdutnyttjande bland befolkningen, varför här endast görs ett kort sammandrag.

Flera studier har visat att personer som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen i Sverige. Detta gäller även tandhälsa, vilket framgår av SCB:s Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), som registrerat upplevd ohälsa. Hos den vuxna befolkningen framgår bl.a. att det är vanligare bland icke infödda svenskar att helt sakna egna tänder. Förekomst av protes är vanligare hos invandrare och invandrare uppger också i högre utsträckning än svenskar att de har tuggproblem. Även hos invandrabarn och barn till invandrare rapporteras en sämre tandhälsa både i mjölk- och det permanenta bettet med såväl större antal kariesskadade, extraherade som lagade tänder.

Avseende tandvårdsutnyttjande och tandvårdsbehov framgår av ULF-undersökningarna att infödda svenskar i högre utsträckning besöker tandvården mera regelbundet än personer med annan etnisk tillhörighet, vilka också i högre utsträckning än infödda svenskar avstår från tandvård av ekonomiska skäl. När det gäller barn och ungdomar finns ingen särredovisning avseende tandvårdsutnyttjande i förhållande till etnicitet. Barn- och ungdomständerna, som är avgiftsfria t.o.m. det är då ungdomarna fyller 19 år, erbjuds i samma utsträckning till alla barn och ungdomar.

Att det föreligger skillnader i såväl tandhälsa som tandvårdsbehov och tandvårdsutnyttjande hos invandrare jämfört med svenskar kan förklaras av många olika faktorer. Det kan bero på att invandrarna på olika sätt befinner sig i utsatta situationer, inte minst med avseende på sociala och materiella villkor, som en följd av att de har invandrat. Det kan t.ex. handla om förmåga att förstå och tala svenska eller erfarenheter som har legat till grund för migrationen. När det gäller flyktingar är orsaken till migrationen ofta traumatiska upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelse eller tortyr, som gör att tandvården bör vara extra uppmärksam vid bemötande och behandling av både barn och vuxna.

De förslag som utredningen lägger om förbättringar i tandvårdsförsäkringen och de stödformer som landstingen föreslås få utökat ansvar för, har utredningen inte funnit på något sätt miss-

gynnar invandrare eller barn till invandrare. I detta avsnitt föreslås också att ett kreditgarantisystem skall utvecklas. Om ett sådant genomförs torde möjligheterna öka för personer med små ekonomiska resurser, såväl svenskar som invandrare, att få den tandvård de behöver. Utredningen vill dock påpeka att det är viktigt att de som har invandrat nås av samma information som andra och att informationen om de olika stödformerna m.m. utformas efter mottagarnas skilda förutsättningar och behov.

Många invandrare i Sverige har svårigheter att förstå och göra sig förstådda i komplicerade sammanhang som t.ex. i kontakt med vård och myndigheter. Tolkning är en viktig samhällsservice som ger möjlighet för personer som inte behärskar svenska att förstå vad som sägs och själv uttrycka sina önskemål i kontakt med samhällets organ. För tandvården är det ofta en förutsättning för att kunna utföra sitt uppdrag att använda tolk och utredningen vill framhålla att ansvaret att anlita tolk alltid ligger hos myndigheten eller organisationen i fråga, i detta fall hos tandvården. Också ur patient-säkerhetssynpunkt är det viktigt att beakta behovet av tolk om patienten inte förstår eller kan göra sig förstådd på svenska.

Samhällets etniska och kulturella mångfald bör återspeglas i arbetslivet. Huruvida arbetskraften inom tandvårdssektorn avspeglar mångfalden i samhället har inte gått att visa.

I flera rapporter bekräftas att andelen studenter med utländsk bakgrund inom högskolan är ungefär som motsvarande andel i befolkningen som helhet men analyser saknas som gör det möjligt att visa hur det förhåller sig med högskolestudier i olika etniska grupper. Man konstaterar också att Sverige har en viktig, outnyttjad resurs i de potentiella studenter som på grund av olika omständigheter, hänförliga till etniska och sociala faktorer, idag inte söker till högskolan.

Beträffande tandvårdsutbildningarna på högskolenivå, tandläkarutbildning, tandhygienistutbildning och tandteknikerutbildning, har under en lång följd av år studenter med utländsk bakgrund varit överrepresenterade bland såväl de sökande som antagna till tandläkar- och tandteknikerutbildningarna. Dock kan man inte ur de rapporter, som utredningen haft tillgång till, utläsa hur fördelningen mellan olika etniska grupper förhåller sig. I Socialstyrelsens register över legitimationer framgår att andelen tandläkare med utländsk utbildning som erhållit svensk legitimation ökat påtagligt under de senaste åren. År 2001 hade nästan 25 procent av de tandläkare som legitimerades utländsk utbildning. Det har i andra

utredningar framförts att utländska akademiker utgör en outnyttjad resurs i det svenska arbetslivet. Emellertid har det inte gått att kartlägga hur många tandläkare med utländsk utbildning som finns i Sverige som inte innehar svensk tandläkarlegitimation och således inte har möjlighet att arbeta som tandläkare.

Inom tandhygienistutbildningen registreras inte nybörjare utifrån etnicitet/nationalitet. Det är heller inte känt hur stort inslaget av tandhygienister med utländsk bakgrund är inom kären som helhet. Inte heller när det gäller tandsköterskor finns uppgifter om hur stor andel som har utländsk bakgrund. Dock har en stor del ungdomar med utländsk härkomst genomgått gymnasieskolans gren tandvård.

Utredningen har i annat sammanhang poängterat behovet av att i tandvårdsutbildningarna stärka undervisningen om patientgrupperna med särskilda behov. Utredningen vill här lyfta fram betydelsen av att utbildningarna också anpassas till att många etniska grupper och religioner finns representerade i Sverige. En kartläggning som Socialstyrelsen gjort år 1996 visade att tandläkarutbildningen tillsammans med läkar- och psykologutbildningarna hade den minsta andelen invandrarkunskap av de sju högskoleutbildningar som kartlades. Det är, anser utredningen, en trygghet för patienterna att kunna bli behandlade av tandvårdspersonal med förståelse för och kunskap att möta människor med annan kulturell bakgrund än den svenska. Därför är det av stor vikt att ämnet invandrarkunskap ingår i samtliga grund- och specialistutbildningar inom tandvården. I ämnet bör utöver undervisning om kulturer, religioner och andra kulturella uttryckssätt än de traditionellt svenska, ingå också invandrarens hälsa och studenternas egna attityder gentemot människor från andra länder.

Befolkningen med utländsk bakgrund blir i framtiden större och inslaget av äldre med utländsk bakgrund ökar i takt med att befolkningen blir äldre. Eftersom tandhygienisterna i mycket stor utsträckning kommer att vara den personalkategori som i framtiden kommer att ha primäransvar för barn- och ungdomstandvård och uppsökande verksamhet till boende på sjukhem m.m. är det inte minst viktigt att tandhygienistutbildningen förstärks på detta område och att tandhygienister liksom övrig tandvårdspersonal också bereds möjlighet till fortbildning inom ämnesområdet.

## 8 Kostnadsutveckling

### 8.1 Tandvårdens kostnader

I direktiven till utredningen anges att mot bakgrund av de osäkra prognoserna och de planerade reformerna inom tandvården, skall utredningen göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården. Utredningen skall ha ett femårigt perspektiv.

Socialstyrelsen gör i sin årliga publikation *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok* en sammanställning av tandvårdens totala kostnader med utgångspunkt från uppgifter från Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet. I följande tabell återges uppgifterna från årsbok 2001.

*Tandvårdens totala kostnader åren 1998–2000. Miljoner kr*

	Kostnader		
	1998	1999	2000
Patientavgifter	7 345	8 323	8 822
Landstingens nettokostnader*	3 439	3 470	3 562
Tandvårdsförsäkringen (statlig)	1 735	1 463	1 414
Statsbidrag till landstingen			405
Administrationskostnader för tandvårdsförsäkringen (staten)	99	151	163
Summa	12 638	13 407	14 366

\*Inklusive investeringsutgifter. *Källa:* Socialstyrelsen

## 8.2 Tandvårdsförsäkringen

Riksförsäkringsverket har till regeringen i januari 2002 redovisat det preliminära utfallet för tandvårdsförsäkringen år 2001, det prognostiserade utfallet för år 2002 samt beräkningar av anslagsnivåer för åren 2003–2007. I följande tabell återges Riksförsäkringsverkets beräkningar för anslagsposten Tandvårdsersättning.

*Tandvårdsersättning åren 2001–2007. Miljoner kr*

År	Prel.utfall/prognos
2001	1 489 394
2002	1 980 000
2003	2 310 000
2004	2 340 000
2005	2 370 000
2006	2 410 000
2007	2 440 000

*Källa:* Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket lämnar följande kommentar till prognoserna.

”Tandvårdsförsäkringens utgiftsstorlek hänger samman med människors förväntningar på densamma. Som tidigare nämnts spelar alltså en sådan faktor som människors förväntan på aviserade förändringar en viktig roll. Rent privatekonomiska skäl påverkar givetvis folks benägenhet att söka tandvård – och möjligen söka något mer påkostad sådan. Om människors privatekonomi är god är sannolikheten större att även tandvårdskostnaderna stiger. Vidare är utbudet på tandvård en faktor som kan ha en viss betydelse för statens utgifter.”

Riksförsäkringsverket har beräknat i sina prognoser att de förändringar i tandvårdsförsäkringen främst för de äldre som skall ske den 1 juli 2002, skall rymmas inom det för ändamålet avsedda resurstillskottet, dvs. 300 miljoner kronor från och med år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor från och med år 2003.

### 8.3 Landstingens tandvård

Landstingen svarar för och bekostar tandvården för barn och ungdomar. För vuxna svarar landstingen för och bekostar oralkirurgisk vård som kräver ett sjukhus resurser samt uppsökande verksamhet till boende på sjukhem m.m., nödvändig tandvård åt dessa samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Barn- och ungdomstandvården och den uppsökande verksamheten är avgiftsfri medan det för den övriga tandvården uttas patientavgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Tandvården utförs dels inom landstingens egen folktandvård, dels hos privata vårdgivare.

Landstingen skall själv helt finansiera barn- och ungdomstandvården och nettokostnaden för den oralkirurgiska vården åt vuxna. För den uppsökande verksamheten åt boende på sjukhem m.m., den nödvändiga tandvården åt dessa samt den tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling utgår statsbidrag enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet från november år 1998. Den totala kostnaden för landstingen beräknades till 485 miljoner kr per år under åren 1999–2002. Av dessa förväntades landstingen själva finansiera 80 miljoner kronor per år genom ökade intäkter från patienter och försäkringskassa för vissa oralkirurgiska behandlingar, som från och med år 1999 inte längre skulle betalas med patientavgifter som för öppen hälso- och sjukvård utan med avgifter och ersättningar inom tandvårdsförsäkringens ram.

Statens årliga ersättning till landstingen med 405 miljoner kronor utbetalades åren 1999–2001 genom Riksförsäkringsverket. Fr.o.m. år 2002 ingår ersättningen i det generella statsbidraget till landstingen via statsbudgetens utgiftsområde 25, Allmänna bidrag till kommuner, 91:3 Generellt statsbidrag till kommuner och landsting.

Om landstingens användning av medlen över- eller understiger den utbetalda ersättningen, är staten och Landstingsförbundet överens om att den uppkomna sammanlagda mellanskillnaden efter de tre första åren skall slutregleras via budgetpropositionen för år 2003. En överenskommelse om detta skall träffas mellan parterna före den 1 juli 2002.

Landstingsförbundet skall årligen senast den 1 april efter respektive år lämna en redovisning till regeringen om hur medlen utnyttjats för uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård åt dem som har rätt att bli uppsökta samt sådan tandvård som är ett led i



en sjukdomsbehandling. Sådana redovisningar över förbrukade medel har lämnats till regeringen för åren 1999–2001 jämte prognoser för de närmast följande åren.

I följande tabell redovisas Landstingsförbundets uppgifter om kostnader för åren 1999–2001 samt de senaste prognoserna för åren 2002–2004.

*Landstingens kostnader för uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling 1999–2001 samt prognoser för 2002–2004. Miljoner kr*

År	Utfall/prognos	Statsbidrag + intäkter för oralkirurgi	Landstingens över-/underskott
1999	193	405 + 80	+ 292
2000	433	405 + 80	+ 52
2001	580	405 + 80	- 95
2002	702	405 + 80	- 217
2003	844		
2004	1 001		

*Källa:* Landstingsförbundet

Landstingsförbundet anger i sina redovisningar till regeringen flera skäl till den kraftiga kostnadsökningen. Under de första åren befann sig tandvårdsreformen i ett uppbyggnadsskede varunder förmånerna successivt blev kända för patienterna och kommunernas omsorgspersonal. Vårdgivarnas debiteringar släpade också efter under de två första åren. Medelsförbrukningen understeg då statsbidraget och intäkterna för oralkirurgi. Från och med år 2001 har förhållandena ändrats så att kostnaderna alltmer ökas och överstiger intäkterna. Kostnadsutvecklingen förstärks av att förmånerna blir alltmer kända, av att patienternas och anförvanternas krav ökar samt av att vårdgivarnas arvoden ökar. Mellan januari år 1999 och januari år 2002 har folktandvårdens arvoden i genomsnitt stigit med ca 40 procent, enligt uppgift från Landstingsförbundet. De privata vårdgivarna följer folktandvårdens priser, dock på en något högre nivå.

## 8.4 Priset på tandvård

Utredningen har att analysera utvecklingen av priserna för tandvård. Om prisutvecklingen befinns oacceptabel, skall utredningen föreslå åtgärder för att komma till rätta med prisutvecklingen.

I direktiven anges att vårdgivarnas prishöjningar på tandvård efter det att den statliga prisregleringen slopades varit större än väntat och att prishöjningarna till viss del kan ha varit motiverade men att de fortsatta prishöjningarna är oroväckande. Vidare berörs ett annat problem kring priserna på tandvård, som har uppkommit i samband med den tandvård för äldre och funktionshindrade som landstingen administrerar och för vilken patienten endast betalar avgift enligt de bestämmelser som gäller för besök i den öppna hälso- och sjukvården. Problemet består i att när patienten väljer en privat tandläkare, vilket han eller hon har rätt att göra, kan incitamenten för att hålla landstingens kostnader nere vara för svagt.

### 8.4.1 Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av den nya tandvårdsförsäkringen. Verket har därför vid tre tillfällen studerat alla landstings folktandvårdsorganisationers och privattandvårdens prislistor för att få en bild av den nya situationen.

Den senaste rapporten avseende folktandvårdens priser redovisades i rapporten *Landstingens tandvårdstaxor 1 september 2001* (RFV ANALYSERAR 2001:13). Sammanfattningsvis konstaterar Riksförsäkringsverket att samtliga landsting har, sedan den fria prissättningen infördes år 1999, justerat sina priser uppåt med mer än 15 procent med undantag för undersökningar av 20–29-åringar som ökat minst. De flesta landsting har dock ökat priserna med mer än 20 procent. Höjningarna har fortsatt sedan tidigare undersökningar och de landsting som tidigare legat lågt har höjt sina priser mer och följt efter andra landstings prissättning. Riksförsäkringsverket konstaterar att i de fall man höjt priserna på bas-tandvårdsåtgärder med mer än 30 procent sedan år 1998, har hela den statliga subventionen ätits upp av prishöjningarna.

Privattandvårdens taxor har analyserats två gånger. De senaste resultaten har redovisats i rapporten *Privattandvårdens tandvårdstaxor Hösten 2000* (RFV ANSER 2001:4). En tendens i materialet

är, liksom vid den tidigare undersökningen, att de privata tandläkarna har följt landstingens prishöjningar inom respektive län och till och med höjt mer än respektive landsting. Medelpriserna för de privata vårdgivarna ligger för det mesta också något högre än landstingspriserna. Rabatter är dock möjliga att ge av de privata tandläkarna och tandhygienisterna. I vilken omfattning detta förekommer är inte känt.

Riksförsäkringsverket har också i en rapport till regeringen i mars år 2000 (RFV ANSER 2000:3) redovisat sina dittillsvarande samlade erfarenheter av det reformerade tandvårdsstödet. Utöver prisfrågan redovisades där statistik och analyser som beskriver tandvårdskonsumtionen samt vissa nya inslag i reformen såsom abonnemangstandvärden och de nya reglerna för anslutning till försäkringen samt vissa frågor kring implantat. Verket framför även vissa förslag till förändringar m.m.

Beträffande prisfrågan konstaterar Riksförsäkringsverket att det inte kunnat finna någon enhetlig linje för hur landstingen satt sina priser, trots att priserna inom folktandvården enligt kommunallagen högst får motsvara självkostnaden och att regeringen i propositionen (1997/98:112) som föregick reformen, utgick från att priserna inte heller skulle sättas så lågt att subventioner från andra verksamheter inom landstingen skulle bli erforderliga. RFV ställer frågan om självkostnaden för tandvård verkligen kunde skilja sig mellan olika landsting i så hög grad som landstingens prislistor indikerade och om detta är i enlighet med kommunallagens krav på att avgifter enbart får tas ut för att täcka självkostnader. RFV anser därför att regeringen bör initiera en analys av folktandvårdens prissättning utifrån detta perspektiv.

#### 8.4.2 Landstingsförbundet

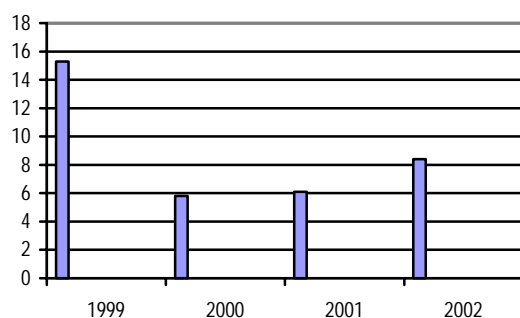
Landstingsförbundet har årligen 1999–2002 undersökt priserna i folktandvården den 1 januari. Resultaten har redovisats i fyra rapporter, den senaste från januari år 2002.

Metoden har i stort sett varit densamma som den Riksförsäkringsverket tillämpat, men mätningarna har här skett vid samma tidpunkt varje år. Resultaten är också i stort sett desamma som i verkets undersökningar. Prishöjningarna varierar mellan landstingen och prisskillnaderna för en och samma åtgärd kan vara stora mellan landstingen. Landstingen har valt olika strategier för pris-

höjningarna. I vissa landsting har priserna för åtgärderna i den statliga tandvårdstaxan från 1998 räknats upp med ett enhetligt procenttal. Andra landsting har försökt värdera tidsåtgången för att utföra de olika åtgärderna och satt priserna efter denna. Många har velat lägga en folkhälsoprofil på sin prissättning genom att hålla nere priserna på undersökningar och förebyggande åtgärder och i gengäld ta ut ett högre pris för t.ex. fyllningar. Genom detta har man velat stimulera till regelbundna undersökningar och förebyggande vård för att förhindra att skador uppkommer. Vissa har också hållit nere priserna för personer som tidigare förlorat sina tänder och nu behöver avtagbara proteser.

I genomsnitt för hela landet har prishöjningarna inom folktandvården enligt Landstingsförbundet varit 15,3 procent år 1999, 5,8 procent år 2000, 6,1 procent år 2001 och 8,4 procent år 2002. Den ackumulerade prishöjningen under perioden 1999–2002 uppgår därmed till ca 40 procent. I följande diagram visas de årliga prishöjningarna.

*Genomsnittlig årlig prishöjning inom folktandvårdens allmäntandvård 1999–2002 per den 1 januari. Procent*



Källa: Landstingsförbundet

Genomsnittspriserna för alla åtgärder har höjts mellan år 2001 och 2002. De minsta höjningarna (4–8 procent) har skett för undersökningar och förebyggande åtgärder. De största höjningarna (16–17 procent) har skett för vissa oralkirurgiska behandlingar, amalgamkronor, fastsättning av lossnade kronor samt för hela över- eller underkäksproteser. Mellan åren 1998 och 2002 har de minsta

höjningarna skett för undersökningar och förebyggande åtgärder samt för behandling med avtagbara proteser. De största höjningarna har skett för tanduttagningar och tandfyllningar.

Landstingsförbundet har också studerat hur de höjda priserna påverkat patientens kostnader för tandvården efter det att tandvårdsförsäkringens stöd räknats bort. Förbundet har därvid använt samma kombination av vanliga behandlingsåtgärder som Riksförsäkringsverket. Nettoeffekten för patienterna år 2002 är att deras kostnader i alla exemplen utom ett är högre än 1998. Undantaget utgörs av helproteser, som fortfarande i genomsnitt kostar mindre än år 1998 beroende på att karensbeloppet på 3 500 kronor slopades den 1 januari 2001. Protetiska åtgärder i form av kronor och broar, som utförs vid redan uppkomna skador, har blivit påtagligt dyrare jämfört med vad som gällde före tandvårdsreformen år 1999.

Landstingsförbundet framhåller i rapporterna att prishöjningarna varit nödvändiga för att tillföra folktandvården resurser bl.a. för att förbättra arbetsmiljön och förändra arbetsorganisationen. Belastningsskador är ett stort problem inom tandvården. Lönerna för framför allt tandläkare har ökat och ökar fortfarande kraftigt på grund av konkurrensen från utlandet om nyutexaminerade tandläkare. Lönehöjningarna för tandläkare var under år 2001 mellan fem och sju procent. Den allmänna vuxentandvården skall vara självbärande. Inom flertalet landsting får folktandvården inte längre tillgodoräkna sig återbetalningen från staten av den ingående mervärdesskatten.

#### 8.4.3 Regeringen

I proposition 2001/02:51 *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* anför följande beträffande tandvårdsprisernas utveckling.

”Utredningen anser att det fanns fog för uppfattningen att arvodesnivån under 1998 var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna inom vuxentandvården. Utredningen drar denna slutsats efter att ha tagit del av tillgänglig statistik och annan information om tandvårdspersonalens psykosociala arbetsmiljö, flyttning till utlandet, tandvårdspersonalens löneutveckling och kompetensutveckling samt investeringar inom tandvården.

Regeringen finner att det material som utredningen redogör för ger ett visst stöd för att det förelåg ett behov av att höja arvodesnivån för att bl.a. möjliggöra förbättringar av arbetsmiljön och höja lönenivån. Prishöjningarna har dock varit mycket kraftiga i förhållande till den

allmänna prisutvecklingen och det är viktigt att de nu dämpas. Den prisökning som skett bör rimligtvis ha gett ett betydande utrymme för förbättringar och investeringar.

Regeringen har i avsnitt 7 redovisat sin uppfattning att ett återinförande av reglerade tandvårdspriser bör undvikas. Regeringen avser dock att noga följa utvecklingen av tandvårdens priser genom uppdrag till Riksförsäkringsverket att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen. Därvid bör särskild uppmärksamhet ägnas åt kostnaderna för enskilda och försäkringen samt effekterna av högkostnads-skyddets utformning.

En faktor som bidrar till prisutvecklingen är bristen på priskonkurrens. Det finns flera orsaker till detta. En orsak är att det är svårt för patienterna att göra prisjämförelser, t.ex. för att man kanske inte på förhand vet vad det är för behandling man behöver. En annan orsak är att man ogärna byter tandläkare om man är nöjd med den man vanligen vänder sig till. Tandvården utgör inte en väl fungerande marknad med välinformerade patienter/kunder som skapar konkurrens mellan vårdgivare/leverantörer. Därför är det viktigt att Riksförsäkringsverket gör resultaten av prisundersökningarna kända för allmänheten och att informationen görs lättfattlig och lättbegriplig. Patientens ställning är svag och få vill eller vågar ifrågasätta vårdgivarnas kostnadsförslag. Priskonkurrensen främjas inte heller av att den situation med ett överskott på tandläkare som fanns för några år sedan har ändrats så att det nu t.o.m. finns tecken på en brist på tandläkare.

De faktorer som i dag verkar återhållande på priserna är främst patienternas förmåga och vilja att betala för tandvård samt den politiska ambitionen inom landstingen att ställa krav på fortsatta produktivets- och effektivitetsförbättringar inom folktandvården. Det är också av stor vikt att landstingen inte utnyttjar möjligheterna att höja priserna inom vuxentandvården och minska bidragen till sådan tandvård som skall finansieras med landstingsmedel, t.ex. barn- och ungdomstandvård.

Regeringen ansåg i propositionen om reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112) att Konsumentverket och Konkurrensverket noga borde följa utvecklingen av den slojade prisregleringen och förlöpande informera regeringen om effekterna härav. Mot bakgrund av hur priserna utvecklats finns det nu anledning för regeringen att ge Konsumentverket i särskilt uppdrag att följa prisutvecklingen och Konkurrensverket i uppdrag att analysera konkurrensen på marknaden för tandvård.”

Beträffande landstingens ansvar för prissättningen anför regeringen i propositionen följande:

”Som framgått ovan förekommer det emellertid i landstingen att såväl frågan om den allmänna nivån på priserna som frågan om priserna på enskilda åtgärder beslutas av annan än fullmäktige. Som sagts inledningsvis har folktandvårdens priser stor betydelse även för det pris

som debiteras av landets privattandläkare. Mot bakgrund av den betydelse folktandvårdens priser därför har för den enskildes tandvårdskostnader och, efter högkostnadsskyddets införande, kommer att ha för statens kostnader för försäkringen anser regeringen att det är av vikt att besluten om folktandvårdens avgifter verkligen fattas av landstingsfullmäktige. Tandvårdslagen bör därför förtydligas i detta avseende.”

Riksdagen följde förslaget i propositionen och tandvårdslagen är numera ändrad så att det klart framgår att folktandvårdens priser skall fastställas av landstingsfullmäktige.

## 8.5 Utredningen

**Utredningen anser att** de fortsatta prishöjningarna inom tandvården är mycket oroande. Alla vårdgivare har ett stort ansvar för att rationalisera och effektivisera sin verksamhet så att prishöjningarna dämpas i framtiden. Om så inte sker riskeras en fortsatt utbyggnad av tandvårdsförsäkringen.

Den genomsnittliga prisökning som skett inom folktandvården i landet mellan åren 1998 och 2001, och som låg till grund för utredningens och regeringens bedömningar inför de förbättringar i tandvårdsförsäkringen som genomförs den 1 juli 2002, uppgick till drygt 29 procent. Regeringen anser att prishöjningarna varit mycket kraftiga i förhållande till den allmänna prisutvecklingen och att den prisökning som skett rimligtvis borde ha gett ett betydande utrymme för förbättringar och investeringar (proposition 2001/02:51). Enligt rapporter från Riksförsäkringsverket har de privata vårdgivarna följt prisökningarna i respektive landsting men de ligger generellt på en något högre nivå. Enligt Landstingsförbundet uppgick den genomsnittliga prisökningen inom folktandvården i landet mellan januari år 2001 och januari år 2002 till 8,4 procent. Det finns således ingen tendens till att prisökningstakten minskar.

Av Landstingsförbundets rapport framgår också att prishöjningarna varit särskilt stora, 16–17 procent, när det gäller hel över- eller underkäksprotes. Den 1 januari 2001 ändrades tandvårdsförsäkringens regler när det gäller hel över- eller underkäksprotes så att karensbeloppet, 3 500 kronor, på tandvårdersättningen togs bort för dessa åtgärder. Därigenom blev dessa motsvarande belopp billigare för patienten. Regeringens och riksdagens ambitioner att

minska tandvårdskostnaderna för den berörda patientgruppen har motverkats genom att landstingen höjt priserna särskilt mycket på de aktuella åtgärderna.

Enligt propositionen avser regeringen att noga följa utvecklingen av tandvårdens priser genom uppdrag till Riksförsäkringsverket att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen. Regeringen avser också att ge Konsumentverket i särskilt uppdrag att följa prisutvecklingen och Konkurrensverket i uppdrag att analysera konkurrensen på marknaden för tandvård.

Genom ändring i tandvårdslagen (1985:125) den 1 juli 2002 slås fast att det är landstingsfullmäktige som skall fastställa folktandvårdens priser. Därigenom förväntas att allmänhetens krav på bl.a. låga tandvårdspriser bättre skall vägas mot folktandvårdens önskemål om intäktsökningar.

I det tidigare delbetänkandet beskrevs att utredningen erfarit att landstingen inte höjt sina bidrag till barn- och ungdomstandvården i samma utsträckning som priserna inom vuxentandvården. Löneökningar och ökade kostnader för investeringar, arbetsmiljöförbättringar m.m. borde enligt utredningens mening ha haft effekt på dessa bidrag likväl som på priserna inom vuxentandvården. Enligt vad utredningen erfarit har inte heller det senaste årets kraftiga prishöjning inom vuxentandvården lett till motsvarande höjningar i bidragen till barn- och ungdomstandvård. Detta är förvånande och inger misstanke om att den avgiftsbelagda vuxentandvården får bidra till finansieringen av barn- och ungdomstandvården. Det är i sammanhanget då anmärkningsvärt att de privata vårdgivarna följer och till och med överträffar prisökningarna inom folktandvården. Utredningen vill understryka betydelsen av att Landstingsförbundet fortsätter diskussionerna med de enskilda landstingen om kostnaderna för olika tandvårdsverksamheter och betydelsen av att varje verksamhet skall bära sina egna kostnader.

Alla vårdgivare har ett stort ansvar för att rationalisera och effektivisera sin verksamhet så att prishöjningarna dämpas i framtiden. Fortsätter dessa i samma takt som hittills, kan utbyggnaden av högkostnadsskyddet för protetik till att omfatta alla åldersgrupper äventyras. Konstruktionen av stödet med hundra procentig tandvårdsersättning för arvoden överstigande 7 700 kronor gör att vårdgivarnas prisökningar fullt ut påverkar statens kostnader för försäkringen. Trots att såväl regeringen som riksdagen avvisat utredningens tidigare förslag om prisreglering anser utredningen fortfarande att det är orimligt med en helt fri prissättning när



staten eller landstingen betalar hela kostnaden. Varken vårdgivare eller patient har något intresse av att begränsa kostnaderna. All erfarenhet talar för att tredjepartsfinansiering leder till kostnadsökningar.

Beträffande landstingens kostnader för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling skall en överenskommelse träffas mellan staten och Landstingsförbundet inför år 2003. Överläggningarna om detta har nyligen påbörjats.

## 9 Uppföljning

### 9.1 Dagens system för uppföljning och utvärdering

Enligt direktiven skall utredningen med beaktande av bl.a. Riksförsäkringsverkets synpunkter och förslag bedöma vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra förutsättningarna för att följa upp tandvårdsstödet. Det är viktigt att ha ett underlag för att bedöma hur effektiviteten i systemet utvecklas.

#### 9.1.1 Riksförsäkringsverket

Alltsedan den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har Riksförsäkringsverket publicerat ett flertal rapporter över hur tandvårdsförsäkringen utnyttjats. Den sista redovisningen före tandvårdsreformens genomförande år 1999 skedde i rapporten *Tandvårdstaxan 1997* (RFV REDOVISAR 1998:11).

En större utvärdering av det från och med år 1999 reformerade tandvårdsstödet redovisades år 2000 i rapporten *Tandvårdsstödet – Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet 1999 – det första året* (RFV ANSER 2000:3). I rapporten beskrivs bl.a. statens utgifter för tandvårdsförsäkringen, tandvårdsprisernas utveckling samt tandvårdskonsumtionen.

I rapporten konstaterar RFV att förutsättningarna för att samla in underlag för att belysa vissa av frågeställningarna är mindre bra, främst beroende på det nya vårdgivarbegreppet och det faktum att vårdgivarna endast är skyldiga att rapportera sådan tandvård som det utgår försäkringsersättning för. RFV föreslog därför att verket skulle ges möjlighet att ålägga försäkringsanslutna vårdgivare att redovisa tillgängliga uppgifter som RFV anser behövliga för att följa upp, utvärdera och i övrigt analysera utvecklingen inom tandvårdsförsäkringen.

Riksförsäkringsverket betonade att det är en brist att ingen myndighet har helhetsperspektivet på den svenska tandvården och tandhälsan hos befolkningen. RFV anser att någon myndighet bör ges i uppdrag att ansvara för helhetsperspektivet. Utöver jämförbar statistik över tandhälsan behövs bl.a. heltäckande uppgifter över tandläkar- och tandhygienisttättheten. Uppgifter på vad tandvården kostar totalt och hur den finansieras behövs också.

Riksförsäkringsverket har i rapporten *Tandvårdsutnyttjandet 1998 och 2000 – En uppföljning av tandvårdsreformen* (RFV ANALYSERAR 2002:5) följt utvecklingen av tandvårdsutnyttjandet för att kunna studera effekterna av tandvårdsreformen. I en serie rapporter över priserna för tandvård inom folktandvården och bland de privata vårdgivarna har utvecklingen sedan år 1998 analyserats vad avser priset på tandvård. De senaste uppföljningarna har redovisats i rapporten *Landstingens tandvårdstaxor 1 september 2001, en undersökning av prisutvecklingen från 1 januari 1999 och en jämförelse mellan olika landstingsområden* (RFV ANALYSERAR 2001:13) och rapporten *Privattandvårdens tandvårdstaxor hösten 2000, en undersökning av prisutvecklingen från 1 januari 1999 och en jämförelse mellan olika försäkringsområden* (RFV ANSER 2001:4).

### 9.1.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har sedan år 1985 följt utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar genom sammanställningar av uppgifter från landstingen. Från och med år 1993 redovisas statistiken i Socialstyrelsens meddelandeblad. I meddelandeblad nr 7/01 *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2000* redovisas en sammanställning med uppgifter för åren 1985, 1990, 1995 och 2000.

När Socialstyrelsen i slutet av 1990-talet började få rapporter om att stora förändringar pågick inom tandvården vad avser olika personalkategoriernas numerär och arbetsuppgifter, beslutades att ett särskilt projekt skulle startas i syfte att samla så mycket information som möjligt om situationen inom tandvården och samhällsplaneringen i övrigt. En uppdatering gjordes år 2001 i rapporten *Oral hälsa och kompetens inom tandvården*. Vid utarbetandet av rapporten deltog representanter för de fackliga organisationerna och de odontologiska fakulteterna/institutionerna. Resultatet redovisades i december år 1999 i rapporten *Framtida kom-*

*petensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården.*

Inom Socialstyrelsen utfördes under år 2000 ett internt utredningsarbete kring verksamhetsuppföljning inom tandvården (VU-T). Arbetet var ett led i ett större projekt som pågått sedan år 1997 avseende verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården. I arbetet med VU-T deltog en grupp med företrädare för Riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet samt vårdgivarorganisationerna. Resultatet redovisades i en intern rapport i februari år 2000.

Syftet med VU-T var att "regissera" utvecklingsarbetet, dvs. att få alla intressenter och medverkande att spela sina respektive roller i samförstånd. En utgångspunkt var att ett framtida uppföljningssystem inom tandvården borde tillgodose alla intressenters informationsbehov, vara heltäckande, bygga på data av hög kvalitet, utnyttja IT-stöd, uppfattas som användbart och värdefullt samt omfatta även analyser och prognoser.

De data som föreslogs ingå i ett framtida system för verksamhetsuppföljning inom tandvården borde innehålla uppgifter om hälsa/ohälsa, vårdbehov/efterfrågan/utbud, konsumtion, ekonomiska och personella resurser samt uppgifter om kvalitet och miljö.

Arbetsgruppen föreslog

- att Socialstyrelsens *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok* fr.o.m. år 2000 kompletteras med uppgifter om tandvårdssektorn,
- att Riksförsäkringsverket i detta sammanhang skall ingå bland samarbetsparterna med hänsyn till den omfattande tandvårdsstatistik som verket insamlar,
- att kontrakt upprättas med önskvärda uppgiftslämnare om det inte redan nu framgår av instruktioner eller överenskommelser och
- att en referensgrupp bildas med företrädare för de myndigheter och organisationer som är intressenter i tandvården för att diskutera vilka uppgifter som bör vara med samt för att diskutera de analyser och prognoser som kan göras på basis av det redovisade materialet.

Om dessa förslag genomfördes, ansåg arbetsgruppen att ett angeläget informationsbehov blev tillgodosett för tandvårdens alla intressenter.

Av de framlagda förslagen har det första realiserats. *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok*, som årligen publiceras av Socialstyrelsen,

innehåller från och med år 2000 ett särskilt kapitel Tandvård. Kapitlet innehåller fyra avsnitt: Resurser, Prestationer, Kostnader och Finansiering.

### 9.1.3 Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen

I regeringens regleringsbrev år 2001 gavs Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen i uppdrag att gemensamt utreda vilken befintlig statistik som finns inom tandvårdsområdet och vilken ytterligare statistik som behövs för att göra bedömningar av kostnadsutvecklingen inom tandvården och tandvårdsstödet effektivitet. Myndigheterna redovisade sitt uppdrag i en rapport till regeringen i december år 2001. Rapporten behandlar statistikbehovet inom fyra områden, nämligen tandhälsa, kostnader, prestationer och kvalitet.

Sammanfattningsvis är Riksförsäkringsverkets och Socialstyrelsens förslag och överväganden följande:

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen *föreslår* regeringen

- att lägga förslag till riksdagen att ändra 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring så att det i bestämmelserna även står att vårdgivarna är skyldiga att redovisa utförda åtgärder elektroniskt för att undgå tilläggsavgifter,
- att ändra regelverket så att redovisningsplikt införs även för de åtgärder som idag inte ersätts av tandvårdsförsäkringen för att därigenom kunna göra bättre helhetsbedömningar av effekten av framtida förslag till ändringar i försäkringen och
- att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att justera benämningarna av åtgärderna i tandvårdstaxan så att även olika kombinationsbehandlingar är möjliga att studera.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen *avser*

- att tillsammans genomföra mer övergripande uppföljningar och analyser av utvecklingen inom tandvårdsområdet avseende tandhälsan, kostnadsutvecklingen och kvaliteten inom tandvården och att resultaten av sådana uppföljningar regelbundet redovisas i en gemensamt utgiven tandvårdspublikation.

#### Riksförsäkringsverket *avser*

- att avsätta resurser för datasystemet Plomben dels för utveckling av snabbare filinläsning och införande av elektroniska signaturer, dels bättre möjlighet till elektronisk korrigerig av tandvårdsräkningar,
- att utreda och fastställa vilka uppgifter (patientavgifter, räkningnummer och eventuella kliniska uppgifter) som skall omfattas av redovisningskrav på tandvårdsräkningen,
- att utreda förutsättningarna för att i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa införa en tidsgräns inom vilken vårdgivarna måste leverera tandvårdsräkningar och
- att tydliggöra för berörda parter att Försäkringskassan inte skall betala ersättning till vårdgivare i de fall där tandvårdsräkningarna inte motsvarar redovisningskraven.

#### Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen *anser*

- att Försäkringskassan med förtur skall behandla de tandvårdsräkningar som inkommit elektroniskt och
- att olika åtgärder som är listade i tandvårdstaxan skall ges klarare definitioner som tydligt anger vad respektive åtgärd inkluderar. Detta skulle kunna uppnås genom att en åtgärd benämns med olika latituder beroende på använt material och behandlingsteknik.

För att få underlag för bedömning av kostnadsutvecklingen föreslås bl.a. att förändringar följs av befolkningens storlek och fördelning efter ålder och kön samt av förändringar av antalet vårdgivare.

#### 9.1.4 Övriga

Utöver Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen producerar en mängd myndigheter och organisationer data om tandvården.

Statistiska Centralbyrån tar exempelvis fram uppgifter om befolkningens levnadsförhållanden (ULF), hushållens ekonomi (HINK), utbildningen vid universitet och högskolor samt arbets-skador och arbetsolyckor. Även Hälso- och sjukvårdens ansvars-nämnd, Arbetarskyddsstyrelsen, Naturvårdsverket och Kemikalie-inspektionen redovisar uppgifter från tandvårdens område.

Landstingsförbundet ger årligen ut *Statistisk Årsbok för landsting* med följande huvudrubriker: Allmänna upplysningar, Ekonomi, Personal och Verksamhet. I denna finns även vissa uppgifter om landstingens tandvård – folktandvården. Exempel på sådana uppgifter är kostnader samt investeringsutgifter (totalt och per invånare), antalet patienter inom folktandvården, antalet tandvårdskliniker, antalet anställda samt uppgifter om uppsökande verksamhet till boende på sjukhem m.m., nödvändig tandvård åt dessa samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

Personalorganisationerna redovisar t.ex. medlemsstatistik och attitydundersökningar bland personal och patienter. Exempel på de senare är rapporterna *Arbetsvillkor och flyttbenägenhet bland tandläkare i Sverige* (Demoskop juni 2001 på uppdrag av Privattandläkarna) och *Attityder till tandvård* (Eureka Marknadsfakta AB 2001 på uppdrag av Sveriges Tandläkarförbund).

## 9.2 Överväganden och förslag

**Utredningen anser att** statistiken behöver förbättras men att det krävs en fördjupad analys av behovet av fortlöpande uppgifter inom tandvårdens område innan någon ändring av lagen (1962:38) om allmän försäkring föreslås. Vidare anser utredningen att tandvårdsräkningen bör innehålla uppgifter om alla utförda åtgärder och patientavgifter.

Utredningen har i uppdrag att bedöma vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra förutsättningarna för att följa upp tandvårdstödet mot bakgrund av bl.a. Riksförsäkringsverkets synpunkter och förslag.

Det förslag om den framtida statistiken inom tandvårdsområdet som Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen på regeringens uppdrag nu redovisat, tar främst sikte på kostnadsutvecklingen inom tandvården och tandvårdsstödets effektivitet. Förslagen är i många avseenden långtgående. Bl.a. föreslås en omfattande och detaljerad redovisningsskyldighet för vårdgivarna, inte enbart vad avser enskilda tandvårdsåtgärder utan även beträffande använt material och behandlingsteknik. Ekonomiska sanktioner föreslås för dem som inte i tid eller på elektroniskt sätt levererar önskade uppgifter till försäkringskassan.

Myndigheterna har inte i sitt förslag berört de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för vårdgivarna. Detta är viktiga frågor inte minst när det gäller arbetsförutsättningarna för små företag, deras konkurrensförmåga och villkor i övrigt. Den privata tandvårdsmarknaden karaktäriseras bl.a. av den stora andelen små företag. I den s.k. Simplexförordningen (1998:1820) om särskild konsekvensanalys om reglers effekter för små företags villkor föreskrivs att konsekvensanalyser när det gäller nya eller förändrade regler skall stödjas på bl.a. frågeställningar om det finns alternativa lösningar, vilka administrativa, praktiska eller andra åtgärder som småföretagen måste vidta till följd av regleringen samt vilka lönekostnader, andra kostnader eller resursbelastning i övrigt som reglerna kan leda till för småföretagen.

Enligt vad utredningen erfarit har såväl Landstingsförbundet som Sveriges Privattandläkarförening och Sveriges Tandhygienistförening under arbetets gång varit kritiska till ett utökat uppgiftslämnande. I ett avseende är man dock överens – uppföljningen av svensk tandvård bör ske på ett samordnat sätt. Organisationerna ifrågasätter om insamlandet av produktionsstatistik genom ytterligare detaljerad information på de redan svärförståeliga tandvårdsräkningarna är den lämpligaste metoden. Möjligheterna att nå tillfredsställande resultat genom urvalsundersökningar borde prövas först. Utredningen vill för sin del peka på de möjligheter som redan nu finns att utnyttja det material som finns hos landets folk- och tandvårdsorganisationer. Även Praktikertjänst AB har tillgång till vissa uppgifter. Utredningen har i sitt arbete fått tillgång till material från folk- och tandvården och Praktikertjänst AB för sina analyser av olika förslag som har diskuterats i utredningen.

Som redan nämnts har såväl Riksförsäkringsverket som Socialstyrelsen tidigare uttryckt önskemål om en bredare ansats för att följa upp tandvården i landet. RFV ser det som en brist att ingen myndighet har helhetsperspektivet på den svenska tandvården och tandhälsan. Inom Socialstyrelsen har en arbetsgrupp efterlyst ett framtida system för verksamhetsuppföljning som bör tillgodose alla intressenters informationsbehov. De båda myndigheterna har nu förklarat som sin avsikt att tillsammans genomföra mer övergripande uppföljningar och analyser av utvecklingen inom tandvårdsområdet avseende tandhälsan, kostnadsutvecklingen och kvaliteten inom tandvården. Landstingen, som enligt tandvårdslagen har ansvaret för planeringen av all tandvård, oavsett vem som är vårdgivare, har genom Landstingsförbundet uttryckt önskemål



om att ha tillgång till en bred och aktuell statistik inom hela tandvårdssektorn.

Det finns således ett brett stöd för att utveckla statistiken inom tandvårdens område. Vad som ifrågasätts är bl.a. metoderna för att insamla uppgifter samt detaljeringsgraden. Utredningen anser därför att enbart den föreliggande rapporten från Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen inte nu bör föranleda några beslut från regeringens sida om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring så att det även står att vårdgivarna är skyldiga att redovisa utförda åtgärder elektroniskt för att undgå tilläggsavgifter.

I stället föreslås regeringen att med utgångspunkt från rapporten först genomföra en fördjupad analys av behovet av fortlöpande uppgifter inom tandvårdens område i samråd med samtliga intressenter. Därefter bör det särskilt övervägas hur erforderliga uppgifter om tandvårdsproduktionen kan fångas på det enklaste sättet.

I myndigheternas förslag finns ett avsnitt om registrering av patientkostnader m.m. på de tandvårdräkningar som en vårdgivare måste skicka in till försäkringskassan för att få tandvårdsersättning. Tandvårdsräkningen är en vårdgivares räkning till försäkringskassan och inte en räkning till patienten även om den i allmänhet uppfattas och används som en sådan. Tandvårdsräkningen behöver i princip enbart innehålla uppgifter om sådan vård som det utbetalas tandvårdsersättning för. Med hänsyn till att en kopia av tandvårdsräkningen ofta är det enda dokument, förutom ett kvitto på erlagd betalning, som patienten får av vårdgivaren, anser utredningen att tandvårdsräkningen bör innehålla uppgifter om alla utförda åtgärder och om den totala patientavgift som vårdgivaren begär för behandlingen och att det bör föreskrivas att patienten skall ha en kopia av tandvårdsräkningen. Detta bör bidra till att stärka patientens ställning i vården.