

## **Remissvar beträffande betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)**

Malmö universitet, Odontologiska fakulteten, har tagit del av När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) och önskar lämna följande synpunkter:

### **Sammanfattande kommentarer**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet:

- är enig med utredningens beskrivning av att ett jämlikt tandvårdssystem kan kännetecknas av frånvaro av omotiverade skillnader i behandling och tillgänglighet samt en förmåga att kompensera för skillnader i olika människors risk för att drabbas av oral ohälsa och förutsättningar att konsumera tandvård,
- är generellt positiva till utredningen, dess slutsatser och förslag,
- avstår från att uttala sig specifikt i frågan om utredningens förslag till olika alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd eller till beloppsnivåer för patientavgifter.

Nedan lämnas detaljerade kommentarer.

### **Detaljerade kommentarer**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet vill börja med att kommentera utredningens avsnitt 2.4 som har direkt koppling till universitetens uppdrag att utbilda och bedriva forskning.

#### ***2.4.2 Lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar***

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet är enig med utredningens slutsats om behov att särskilt utreda lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar. Frågan är akut och det är önskvärt att ett sådant utredningsarbete startas upp snarast. Bakgrunden är att lärosätena idag har mycket stora utmaningar på grund stor brist på kvalificerade lärare som har både vetenskaplig, pedagogisk och klinisk

specialistkompetens. Vid samtliga lärosäten pågår ett generationsskifte i lärarkåren som akut synliggör denna brist. En underfinansiering av de odontologiska utbildningarna där den så kallade prislappen för odontologi inte räcker för att täcka kostnaderna i utbildningen har tvingat lärosätena till besparingar och nedskärningar i bemanning. Det betyder att färre kvalificerade lärare ska utbilda fler tandläkar- och tandhygieniststudenter (större överintag krävs på grund av hur utbildningen finansieras) och samtidigt även se till att forskarutbilda och specialistutbilda fler kandidater till akademiska positioner. Det är inte hållbart. Det saknas även riktade forskningsanslag till området odontologi samtidigt som forskningsområdet är begränsat i storlek och endast kan få mindre stöd inom ramen för universitetens minskande forskningsanslag. Detta äventyrar tillgången till disputerade tandläkare och tandhygienister och omöjliggör lärosätenas kompetensförsörjning. I en förlängning kan möjligheten att utbilda tandläkare och även tandhygienister äventyras.

Givet behovet av ökad vetenskaplig bas för kliniska tandvård (i enlighet med utredningens förslag) behöver svensk odontologisk forskning stärkas. Forskningen är viktig för att såväl ge underlag för behandling som för utvärdering av den orala hälsan och effekter av genomförda behandlingar. Något som i sin tur är en förutsättning för att nå en jämställd tandhälsa. Den totala kostnaden för tandvården uppgår till ca 30 miljarder kronor per år, samtidigt är medelstilletdelningen från de statliga forskningsråden försumbar. Under de två senaste åren har ett odontologiskt projekt fått 4,9 miljoner kronor från Vetenskapsrådet och ett annat har erhållit drygt 3,6 miljoner från Forte (uppgifter för landet som helhet hämtade från forskningsråden). En bidragande orsak till detta är att det helt saknas utlysningar som direkt adresserar odontologiska frågeställningar från de statliga forskningsråden (total budget år 2021 ca 1200 MSEK). Detta trots att den orala hälsans betydelse för övrig hälsa och livskvalitet är välkänd. Till skillnad från Hälso- och sjukvårdslagen som föreskriver att regioner och kommuner ska samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete, så saknar Tandvårdslagen helt skrivningar om forskning. Detta är olyckligt och är sannolikt en bidragande orsak till att det är relativt låg andel av tandläkare och tandhygienister som genomgår forskarutbildning liksom till avsaknaden av forskningsmedel för området. Det saknas uppgifter om hur stor andel av de legitimerade tandläkarna som har disputerat och för tandhygienister uppger Svensk Tandhygienistförening att sammanlagt 40 tandhygienister har disputerat sedan år 1998 (18 av dessa är inte längre aktiva). Under de senaste 10 åren har sammanlagt 186 personer erhållit doktorsexamen i forskningsämnet odontologi, samtidigt har svenska lärosäten examinerat 2472 tandläkare

och 1834 tandhygienister (statistik från UKÄ, Högskolan i siffror). Den låga siffran kan jämföras med att man idag beräknar att till exempel 15% av legitimerade läkare har en doktorsexamen. Möjligheten att stärka svensk odontologisk forsknings inklusive dess finansiering behöver därför prioriteras i fortsatt utredningsarbete. I detta bör även ingå att utreda möjligheten att allokera medel från tandvårdsstöden. Till exempel skulle en avsättning motsvarande 50 öre för varje eller varannan behandling ge ett tillskott forskningsmedel som skulle kunna bidra till att svensk odontologisk forskning kan ge det vetenskapliga stöd som klinisk tandvård behöver, något som i en förlängning kan bidra till jämlik tandhälsa. Det finns även en rimlighet i att tandvården bidrar till att finansiera forskning och utveckling av odontologiska frågeställningar och tandvård.

Utredaren pekar även på behovet att utreda hur de odontologiska utbildningarna ska säkerställas tillräckligt antal patienter för studenternas kliniska utbildning. Även detta är något Malmö universitet vill understryka vikten av att skyndsamt utreda vidare. Till skillnad från exempelvis läkar- och sjuksköterskeutbildningarna behandlar tandläkar- och tandhygieniststudenter självständigt patienter under handledning av kliniska lärare. Dessa behandlingar tar av förklarliga skäl betydligt längre tid att genomföra. Patienterna kompenseras genom lägre avgift vilket av regelskäl inte går att förena med det statliga tandvårdsstödet eller med de regionala ersättningsystemen. Detta gör att patienter vid studentklinik missgynnas då de inte kan föra med sig tandvårdskostnader när de erhåller behandling som utförs inom tandvårdsstödet (hos tandläkare på lärosätenas lärarklinik eller hos annan vårdgivare). Även regelverket kring behandlingsperiodens längd utgör hinder just på grund av att behandlingar tar längre tid. Lärosätena i Malmö och vid Karolinska Institutet är egna vårdgivare och har tvingats ställa sig utanför tandvårdsstödet för att kunna erbjuda tandvård till studentpatienter till en rimlig kostnad. Dessa lärosäten erhåller ett särskilt statligt tandvårdsanslag som emellertid inte täcker merkostnaderna för vården vid respektive studentklinik (tandvårdscentral). Tandvårdsanslaget avser enbart täcka merkostnader för tandläkarutbildningen, motsvarande anslag ges ej för utbildning av tandhygienister. Vid lärosätena i Göteborg och Umeå är respektive regions Folk tandvård vårdgivare. Men även där föreligger stora problem att kunna erbjuda patienter ekonomiska incitament för att behandlas av student och samtidigt få studentkliniken att klara sig ekonomiskt.

#### Kommentarer till utredningens övriga avsnitt och förslag.

##### **7.4.1 Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet tillstyrker förslaget att såväl behovs-solidaritetsprincipen liksom människovärdesprincipen förs in i Tandvårdslagen. Detta är en viktig komplettering som också medför att Tandvårdslagen kommer att närma sig Hälso- och sjukvårdslagen. Därmed blir synen på patienten liksom på vård den samma oavsett om det handlar om sjukdomar i munhåla eller i andra delar av kropp eller psyke. Detta kan bidra till jämlik hälsa inklusive oral hälsa i hela befolkningen.

#### **7.4.2 Inför principer för den offentligt finansierade tandvårdens organisering**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet håller med om principen att kostnadseffektivitet ska eftersträvas. Emellertid måste samhället vara medveten om att all slags ersättning till vårdgivare och behandlare har en vårdstyrande effekt. Inom tandvården förekommer såväl kapiteringsersättning som ersättning per åtgärd. Utredningen skriver bland annat att remissflödet från allmäntandvården för barn och unga vuxna till specialister har ökat och att orsaken kan vara ekonomisk där en bristande kostnadsersättning från kapiteringen är en central faktor. Vi vill uppmärksamma att en förutsättning för en jämlik oral hälsa även måste säkerställa att ersättningsystemen är neutrala så att inte grupper av patienter nedprioriteras på grund av en lägre ersättning för utförd diagnostik, terapiplanering, behandling eller uppföljning. Vidare är det viktigt att se god och fullständig diagnostik som en förutsättning för korrekt behandling. Sambandet mellan diagnostik och behandling är komplex och även till synes enkla och vanliga diagnoser som karies är komplexa. Genom att behandlare också diagnosticerar och även följer upp i samband med revisionsundersökningar utvecklas och förfinas diagnostiken så att rätt val av vård och behandling beslutas. Det är olyckligt om vissa grupper av patienter ska erhålla en annan nivå av diagnostik och terapiplanering genom att, som utredningen föreslår, vissa grupper enbart skulle kunna tas om hand för undersökning av tandhygienisten. En sådan ordning förutsätter att tandhygienistens verksamhetsområde också innefattar diagnostik rörande slemhinnor, käkben, käkleder, tandutveckling och bett, hårdvävnadsavvikelse utöver karies, utökad radiologisk kompetens etcetera, vilket inte är fallet idag.

Det finns en påtaglig risk att ekonomisk ersättning kan styra mot ett sämre odontologiskt omhändertagande av grupper där vårdgivare erhåller en lägre ersättning. Om man återigen tar ett befolkningsperspektiv på jämlik oral hälsa och behovet av att arbeta uppströms så är det till och med så att direktiv eller ersättningsmodeller som styr mot mer prevention och promotion till de grupper som löper högre risk för sjukdom (bland annat socioekonomiskt utsatta grupper, personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar) eller som ännu inte blivit sjuka (bland annat barn)

sannolikt kan ha stor betydelse för att utjämna hälsoskillnader och förhindra uppkomst av flera orala sjukdomar. Detta skulle innebära ekonomiska besparingar för såväl samhälle som enskilda individer på sikt.

#### **7.4.4 Tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet**

Detta är ett viktigt förslag som Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet ser som en förutsättning för att på sikt uppnå en jämlik oral hälsa. För att säkerställa vetenskaplig nivå behövs metodologisk kunskap varför myndigheter som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen bör vara involverade. De olika HTA-enheter (Health technology assessment) som finns i landet är också viktiga i arbetet och från Malmö universitet vill vi lyfta att vi har en odontologisk enhet för HTA arbete (HTA-O) vid Odontologiska fakulteten.

Som redogjorts för ovan är resurserna för odontologisk forskning mycket begränsade och andelen forskarutbildad personal avsevärt lägre inom tandvården jämfört med övrig hälso- och sjukvård. En stor andel av de aktiva forskarna inom tandvården finns vid de universitet och högskolor som bedriver utbildning av tandläkare och tandhygienister. Arbetet med Nationella programområden (NPO) och behandlingsriktlinjer behöver involvera medarbetare från tandvårdens samtliga organisatoriska delar och vårdgivargrupper, det vill säga olika personal från allmäntandvård och specialisttandvård, representanter för offentliga vårdgivare, privata vårdgivare samt universitet och högskolor. Forskarutbildade personer och personer som är aktiva inom odontologisk forskning är viktiga för att kunna bidra till kvaliteten i såväl framtagande av underlag som i systematisk utvärdering av den tandvård som utförs och i analyser av hälsoläget i befolkningen. Lärosätena är självklart en viktig resurs för att bidra i kunskapsutveckling och i framtagande av vetenskapliga underlag. En medverkan i arbetet kräver emellertid att intressenter och aktörer gemensamt tar fram modell för hur detta omfattande arbete ska finansieras. Utifrån gällande finansiering av lärosäten finns endast utrymme till blygsamt bidragande.

#### **7.4.6 Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet är positiv till förslaget och att informationen säkerställs till samtliga patienter oavsett ålder eller eventuell allmänsjukdom eller funktionsnedsättning. Förslaget är viktigt för att nå en jämlik oral hälsa. Informationskravet ställer krav på att besöken ger utrymme för den tid som krävs att ge information och föra

dialog om tandhälsotillstånd, behandlingsalternativ och egenvård. Det är därför viktigt att tandvården kan utveckla system för detta för att undvika att informationskravet uppfattas som administrativt krångligt.

## Kapitel 8 – Barn och unga vuxna

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet har redan berört aspekter rörande tandvård och jämlik oral hälsa för barn ovan.

Vi avstår från att ha synpunkter kring förändringen av vilka åldrar som omfattas av kostnadsfri tandvård, men vill poängtera att en eventuell återgång till att inkludera barn och ungdomar upp till och med 19 års ålder behöver följas upp med analys av effekter på såväl besök i tandvården som oral hälsa. Vi motiverar detta med att unga vuxna är en grupp som efter gymnasieutbildning går ut i arbetsliv, flyttar hemifrån eller påbörjar högre studier (vilket ofta medför flytt till studieort). Det finns en uppenbar risk att de i samband med detta tappar kontakten med tandvården vilket kan medföra risk för uppdämda vårdbehov och på sikt sämre oral hälsa.

I kapitlet saknar vi ett avsnitt om barn och ungdomar med särskilda behov, speciellt barn med medicinska diagnoser eller funktionsnedsättningar som riskerar påverka deras orala hälsa negativt. Vi vill trycka på vikten av att tandvårdens organisation säkerställer att det finns kompetens att möta dessa unga patienters individuella behov, även inkluderande möjlighet till specialistvård och vård i nära samverkan med övrig hälso- och sjukvård. Denna grupp måste säkras tandvård och oral hälsa på samma villkor som andra.

I kapitlet beskriver utredningen att revisionsintervall och vård kan variera mellan olika vårdgivare och regioner. Särskilt utsatta är barn och ungdomar som av någon anledning bor på annan ort eller i annan region än där de är folkbokförda. Det kan handla om barn som placerats i särskilt boende av samhället eller barn som studerar på annan ort redan i unga år, grupper som man vet riskerar att inte kallas till tandvården då de inte bor i det geografiska område som behandlare eller vårdgivare ansvarar för. Vi anser att det måste vara ett prioriterat strävansmål att dessa slags skillnader i vård utjämnas och att man säkerställer att barn och ungdomar får lika god vård och omhändertagande oavsett var man bor i landet samt att den tandvård som erbjuds barn och ungdomar inte skiljer sig från den som erbjuds andra grupper.

Till skillnad från tandvård för vuxna föreslår utredningen inget gällande obligatorisk individuell riskbedömning inom barn och ungdomstandvården. Vi menar att det är önskvärt med riskbedömning även för denna grupp och

att en sådan riskbedömning är ett viktigt verktyg i dialogen med patienten och/eller vårdnadshavaren för att främja oral hälsa.

Nationella riktlinjer även för barn och ungdomar samt att patientgruppen föreslås inkluderas i tandhälsoregistret är två viktiga vägar för att utjämna skillnader i den tandvård som drabbar barn och ungdomar idag.

### **Kapitel 9 – Vuxna utan särskilda behov**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet menar att utredningen väl beskriver utmaningarna för nå en jämlik oral hälsa i gruppen vuxna utan särskilda behov. Vi är positiv till förslaget om individuell riskbedömning och kopplingen till en Tandhälsoplan då vi ser att de är viktiga verktyg i dialogen med patienten och kan bidra till ökad kvalitet samt i förlängningen främja oral hälsa. Samtidigt vill vi framhålla vikten av att det utvecklas gemensamma verktyg för detta, gärna utformade med hjälp av teknik som är självlärande avseende precision utifrån tillgänglig status och vårdinformation. Systemen måste också vara utformade med gränssnitt som inte upplevs administrativt krävande.

Vi avstår från att ha synpunkter kring patientavgiften för de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen, om föreslagen borttagande av ATB och STB, tillgängliggörande av tandhälsoplan med mera via e-tjänsten Mina sidor eller om kontrolluppdrag för Försäkringskassan.

### **Kapitel 10 – Vuxna med särskilda behov**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet vill poängtera vikten av att tandvården säkerställs till denna stora grupp patienter. I gruppen ingår personer med väldigt olika slags särskilda behov och det gör att tandvården ofta måste individualiseras i högre grad jämfört med när tandvård ges till vuxna utan särskilda behov. Detta ställer krav på tillgång till en hög kompetens hos tandvårdens personal inom såväl allmäntandvård som inom olika odontologiska specialiteter.

Även här är principen om att vårdersättningen behöver vara neutral ur vårdgivarens och behandlarens perspektiv central. Det är viktigt att utföraren erhåller en ersättning som möjliggör just den individualiserade vården och omhändertagandet. Ekonomiska hinder, ur såväl patient- som behandlar/vårdgivarperspektiv, riskerar leda till utebliven eller annan vård än den andra erhåller och på sikt en sämre oral hälsa. Förutom särskilda behov utifrån medicinsk diagnos, funktionsnedsättning eller hög ålder är det viktigt att framhålla att även här påverkas den orala hälsan av socioekonomiska faktorer hos patienten och/eller dess närstående. Nära samverkan med kommun och hälso- och sjukvård för att identifiera och

säkerställa att personerna erbjuds vård samt en utåtriktad verksamhet för att nå personerna där de finns i samhället är centralt för att denna grupp ska omfattas av jämlik oral hälsa. Prevention och promotion har särskild roll i tandvårdens arbete och måste säkerställas ekonomisk och personell resurs.

För att kunna följa, utvärdera och beforska oral hälsa i gruppen är det mycket positivt att även denna grupp kommer med i tandhälsoregistret hos Socialstyrelsen. Behovet av Nationella riktlinjer och behandlingsriktlinjer utifrån arbetet inom NPO är också viktigt. Eftersom gruppen vuxna med särskilda behov omfattar många odontologiska utmaningar i diagnostik och behandling är det särskilt viktigt att vetenskaplig kompetens involveras i sådant arbete. Lärosätena har en viktig roll här.

Utredningen har flera detaljerade förslag rörande basal tandvård, förändringar avseende uppsökande tandvård, införande av selektivt stöd och tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet avstår från att lämna synpunkter kring de olika delarna. Vi vill istället framhålla vikten av en nära dialog med den expertis som finns för de olika delarna. Här är särskilt specialist- och ämnesföreningar viktiga kompetenser när förändringar görs i stöden. Det är också viktigt att patienterna involveras till exempel genom dialog med patientföreningar.

För att säkerställa att gruppen vuxna med särskilda behov erhåller tandvård och oral hälsa på lika villkor behövs en satsning på odontologisk forskning inom området. Området är forskningsmässigt eftersatt i vissa delar och forskningen behöver utvecklas inom hela spektra från patientupplevelser om vård och hälsa till diagnostik, specifika behandlingsmetoder, utvärderingar av den oral hälsan i gruppen. Detta behövs för att nå det av utredningen föreslagna kravet på att tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap.

## **Kapitel 11 – Alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd**

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet avstår från att lämna specifika synpunkter på utredningens fyra olika alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd, men vill framföra några allmänna synpunkter gällande kostnader för tandvård och sambanden mellan oral hälsa och allmän hälsa.

Utredningen beskriver väl hur kostnaden för tandvård påverkar befolkningens tandvårdsvanor och efterfrågan på tandvård. Det finns ett



mycket tydligt samband mellan socioekonomisk utsatthet och sämre oral hälsa (motsvarande samband ses även gällande andra hälsovariabler och livslängd). Utredningens uppdrag har handlat om att identifiera och föreslå ett tandvårdssystem som kan utjämna skillnader och som kan skapa möjlighet för jämlik oral hälsa. Utredningen beskriver också att olika ersättningssystem påverkar vilken vård som ges. Alla former av ersättning för att utföra vård är på olika sätt vårdstyrande och i nuvarande tandvårdssystem verkar dessutom flera olika ersättningssystem samtidigt vilket leder till såväl under som överproduktion av tandvård. Det är en grannlaga men viktig uppgift att hitta ett nytt system som tar bort dessa negativa effekter och som därmed möjliggör jämlik oral hälsa i alla delar av befolkningen.

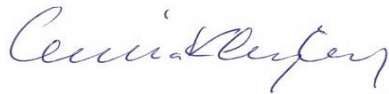
Vi vill även lyfta de samband som råder mellan oral hälsa och allmän hälsa. Det finns väldigt god och vetenskapligt grundad kunskap om hur sjukdomstillstånd i munhålan påverkar allmän hälsa och tvärt om, samt om att en och samma sjukdom kan manifesteras sig samtidigt i både munnen och övriga kroppen. Sjukdomarna behöver behandlas oavsett var i kroppen de visar sig. Det finns en poäng i att inte dela upp kroppen i välfärdssystemen, utan att låta munnen vara en del av kroppen där så är möjligt.

Regeringskansliet  
Socialdepartementet

## Yttrande över betänkande När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

Odontologiska fakulteten vid Malmö universitet har beretts möjlighet att yttra sig över rubricerad remiss och vill anföra bilagda yttrande.

Beslut i detta ärende har fattats av dekan Gunilla Klingberg efter föredragning av administrativ chef Daniel Bengmark. I ärendets beredning har ledningsgruppen vid Odontologiska fakulteten medverkat. Närvarande vid beslutet finns i särskild förteckning.



Gunilla Klingberg  
Dekan



Daniel Bengmark  
Administrativ chef

*Kopia*  
Ledningsgrupp OD  
Tandvårdsnämnden OD

**Postadress**

Malmö universitet  
Gemensamt verksamhetsstöd  
205 06 Malmö

**Besöksadress**

Malmö universitet  
Nordenskiöldsgatan 1

**Telefon**

040-665 70 00

**E-post**

rektor@mau.se

**Webb**

www.mau.se