

När behovet får styra

– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

Vol. 2, bilagor

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
JÄMLIK TANDHÄLSA



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:8

När behovet får styra

– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

Vol. 2, bilagor

Betänkande av Utredningen om jämlik tandhälsa

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:8

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0026-2

ISSN 0375-250X

Innehåll

Sammanfattning	25
1 Författningsförslag.....	53
1.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	53
1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	59
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd	65
1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	82
1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	83
1.6 Förslag till förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov	84
1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m.....	88
1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration	89
1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	92
1.10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.....	93

1.11	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen	111
2	Utredningens uppdrag och arbetssätt	113
2.1	Uppdraget	113
2.2	Arbetssätt	114
2.2.1	Expert- och sakkunniggrupp samt referensgrupper	114
2.2.2	Hearings och verksamhetsbesök	116
2.2.3	Övriga möten och arrangemang	116
2.2.4	Konferenser med workshops	117
2.3	Några reflektioner och kommentarer till uppdraget	117
2.4	Några frågor som enligt utredningen kan behöva utredas vidare	119
2.4.1	Tillståndsplikt	119
2.4.2	Lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar	120
2.4.3	Upphandling av regionfinansierad tandvård	120
2.4.4	Reformering av tandvårdslagstiftningen	121
2.4.5	Övrigt	123
2.5	Några centrala ord och begrepp	123
2.5.1	Oral hälsa och tandhälsa	123
2.5.2	Tandvård	125
2.5.3	Jämlik tandvård	126
2.5.4	Tandvårdssystemet	127
2.5.5	Utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem	127
2.5.6	Tandvårdsförsäkring	128
2.5.7	Regioner och landsting	129
2.5.8	Ordlista	129
2.5.9	Förkortningar	131
2.6	Betänkandets disposition	131

3	Omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan och tandvården.....	133
3.1	Inledning.....	133
3.2	Den demografiska utvecklingen.....	133
3.3	Urbaniseringen.....	135
3.4	Migrationen.....	136
3.5	Välfärdssystemets utveckling och skillnader i livsvillkor ...	138
3.6	Ekonomisk fördelning, inkomster och förmögenheter.....	139
3.7	Förändrade levnadsvanor och konsumtionsmönster	141
3.7.1	Om barn och ungas matvanor	141
3.7.2	Sötsaker, godis och socker	142
3.7.3	Läsk och energidryck	143
3.7.4	Tobaksbruk	144
3.8	Covid-19-pandemin	145
4	Det svenska tandvårdssystemet	149
4.1	Det svenska tandvårdssystemets uppbyggnad	149
4.1.1	Gränsen mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård	150
4.1.2	Gränsen mellan rent estetisk tandvårdsbehandling och övrig tandvård	151
4.2	Tandvård till barn och unga vuxna.....	153
4.2.1	Framväxten av tandvårdsstöden till barn och unga vuxna	153
4.2.2	Dagens avgiftsfria tandvård till barn och unga vuxna	155
4.2.3	Tandvårdens ersättning och den tandvård som omfattas.....	156
4.3	Det statliga tandvårdsstödet.....	157
4.3.1	Framväxten av det statliga tandvårdsstödet	157
4.3.2	Dagens statliga tandvårdsstöd	161
4.3.3	Allmänt tandvårdsbidrag.....	162
4.3.4	Särskilt tandvårdsbidrag till vissa riskgrupper	162

4.3.5	Referenspriser.....	164
4.3.6	Skyddet mot höga kostnader.....	165
4.3.7	Avtal om abonnemangstandvård.....	166
4.4	Specialisttandvård	167
4.4.1	Framväxten av specialisttandvården.....	167
4.4.2	Dagens specialisttandvård.....	168
4.5	Regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna	170
4.5.1	Särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder	171
4.5.2	Särskilt tandvårdsstöd som ett led i sjukdomsbehandling, under en begränsad tid	173
4.5.3	Särskilt tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	177
4.5.4	Särskilt tandvårdsstöd för extremt tandvårdsrädda personer.....	182
4.5.5	Särskilt tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar.....	183
4.5.6	Särskilt tandvårdsstöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade	184
4.5.7	Tandvård till asylsökande och papperslösa.....	189
4.6	Andra stödformer för tandvård	191
4.6.1	Tandvård genom ekonomiskt bistånd	191
4.6.2	Tandvård via avtal och försäkringar	192
4.6.3	Organisationers bistånd till personer som inte har råd	194
4.6.4	Tandvård inom Försvarsmakten	197
4.6.5	Tandvård inom Kriminalvården	197
4.7	Olika modeller för vårdgivarens ersättning från tandvårdssystemet.....	199
4.7.1	Kapitering inom tandvård till barn och unga vuxna	199
4.7.2	Ersättning per åtgärd inom statligt tandvårdsstöd	200
4.7.3	Ersättning per åtgärd inom särskilda tandvårdsstöden	201

4.8	Patientens ställning.....	201
4.8.1	När patienten inte blir nöjd	205
4.8.2	När behandlingens kvalitet brister	207
4.8.3	När patienten blir skadad	207
4.8.4	Avtalsförhållandet mellan patient och vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet.....	208
4.8.5	Patienternas kunskap om sin tandhälsa och om tandvårdssystemet.....	209
4.9	Nationella riktlinjer för tandvård.....	210
5	Tandhälsan i Sverige – utveckling och nuläge	213
5.1	Inledning.....	213
5.2	De vanligaste orala sjukdomarna.....	214
5.2.1	Karies är en av de vanligaste infektionssjukdomarna.....	214
5.2.2	En av tio personer har allvarlig parodontit	214
5.2.3	Erosion är ett allt vanligare tillstånd.....	215
5.3	Tandhälsans utveckling – en historisk översikt	216
5.4	Mått på tandhälsan i befolkningen.....	217
5.4.1	Antal kvarvarande och intakta tänder	218
5.4.2	Index för kariesförekomst	219
5.4.3	Kariesförekomst bland de svårast sjuka – SiC-index.....	220
5.4.4	Andel patienter med förekomst av parodontit	220
5.4.5	Patientens upplevelser av den egna tandhälsan....	221
5.4.6	Samband mellan tandhälsa och övrig hälsa	222
5.4.7	Levnadsvanor och tobaksanvändning.....	223
5.5	Barn och unga vuxnas tandhälsa.....	224
5.5.1	Positiv kariesutveckling bland barn men trendbrott för 6-åringar	224
5.5.2	Små skillnader i kariesförekomst mellan könen ..	226
5.5.3	Viss regional skillnad i kariesförekomst.....	226
5.5.4	Barn med karies har ytterligare ökat sin kariesförekomst	227
5.5.5	Kariesförekomsten bland små barn med mest sjukdom varierar över landet.....	229

5.5.6	Socioekonomi har betydelse för skillnader i barns tandhälsa	230
5.6	Kvarvarande och intakta tänder bland vuxna.....	230
5.6.1	Förbättrad tandhälsa bland unga vuxna 20–23 år ..	231
5.6.2	Befolkningen har fler kvarvarande tänder	233
5.6.3	Inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män.....	235
5.6.4	Fler kvarvarande tänder bland äldre patienter	235
5.6.5	Skillnader i tandhälsa på befolkningsnivå minskar över tid men ökar med ålder	236
5.6.6	Inkomst har större betydelse för skillnader i tandhälsa bland äldre än bland yngre	238
5.6.7	Sämre tandhälsa för patienter med särskilt tandvårdsstöd	238
5.6.8	Socioekonomisk position har betydelse för tandhälsan.....	240
5.6.9	Tandhälsan hos nyanlända.....	244
5.7	Förekomst av karies hos vuxna.....	245
5.7.1	Historisk utveckling av kariesförekomsten visar på stadig förbättring under lång tid	245
5.7.2	Kariesförekomsten fortsätter att minska.....	247
5.8	Förekomst av parodontit bland vuxna	248
5.8.1	Förekomsten av parodontit har under lång tid minskat	248
5.8.2	Förekomsten av parodontit har ökat under 2010-talet	250
5.9	Den självskattade tandhälsan har förbättrats	250
5.9.1	Kvinnor och unga har bättre självskattad tandhälsa	251
5.9.2	Inkomst är en viktig faktor för den upplevda tandhälsan.....	252
5.9.3	Stora skillnader i självskattad tandhälsa mellan socioekonomiska grupper.....	253
5.9.4	Funktionsnedsättning och upplevd tandhälsa.....	255
5.9.5	Levnadsvanors betydelse för tandhälsan.....	256
5.9.6	Samband mellan upplevd tandhälsa och risk för oral sjukdom.....	257

5.10	Svensk tandhälsa är bra i ett internationellt perspektiv	258
5.10.1	Få personer med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov i Sverige.....	259
5.10.2	En nordisk jämförelse av ej uppfyllt tandvårdsbehov.....	261
6	Svensk tandvård – utveckling och nuläge	263
6.1	Inledning.....	263
6.2	Register och undersökningar om tandvård och tandhälsa	264
6.2.1	Goda möjligheter till uppföljning av tandvård i det statliga tandvårdsstödet	265
6.2.2	Ingen sammanhållen uppföljning av den regionalt finansierade tandvården	265
6.2.3	Tandhälsoregistret har medfört förbättrade möjligheter att studera tandhälsans utveckling ...	266
6.2.4	FASIT används för att studera effekterna av tandvårdsreformer.....	267
6.2.5	Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit	268
6.2.6	Inget rikstäckande register för tandvård till barn och unga vuxna.....	269
6.3	Finansiering av tandvårdssystemets olika delar	269
6.3.1	Stabil utveckling av tandvårdskostnaderna	270
6.3.2	Finansiering inom det statliga tandvårdsstödet ...	272
6.3.3	Regionfinansierad tandvård	275
6.4	Tandvårdsbranschen	282
6.4.1	Hälften av landets behandlare arbetar privat och hälften offentligt.....	283
6.4.2	Trend mot fler behandlare och färre vårdgivare i tandvården.....	285
6.4.3	Utförare inom tandvården	286
6.4.4	Den privata marknaden utvecklas mot allt färre vårdgivare men ökar sin omsättning.....	293
6.4.5	Folktandvården går med underskott i vissa regioner	296

6.4.6	Abonnemangstandvården omsätter en och en halv miljard kronor.....	297
6.5	Personalen i tandvården	298
6.5.1	De med tandvårdsutbildning är i stor utsträckning yrkesverksamma inom tandvården ..	300
6.5.2	Tandvården är en kvinnodominerad bransch	301
6.5.3	Tandvårdens personal blir allt äldre – och yngre	302
6.5.4	Antalet som examineras från tandvårdsutbildningarna varierar från år till år....	304
6.5.5	Få tandhygienistlegitimationer utfärdades år 2019.....	305
6.5.6	Antalet privat anställda specialisttandläkare ökar	307
6.5.7	Fler behandlare i tandvården men många är nyligen examinerade	307
6.5.8	Regionala skillnader i tillgängligheten till behandlare.....	308
6.5.9	Tandvården upplever en brist på personal	314
6.6	Patienter inom tandvård till barn och unga vuxna.....	317
6.6.1	Listning sker vanligtvis vid 3 års ålder	318
6.6.2	De flesta barn besöker tandvården regelbundet.....	319
6.6.3	Regionala skillnader i hur ofta barn besöker tandvården	321
6.6.4	Besök för personer 20–23 år	321
6.7	Patienter inom statligt tandvårdsstöd	322
6.7.1	Regionala skillnader i besöksfrekvens.....	323
6.7.2	Ekonomi och socioekonomi har betydelse för besöksmönstret	326
6.7.3	Generell trend mot lägre besöksfrekvens i tandvården	327
6.7.4	En patient besöker tandvården i snitt två gånger per år	328
6.7.5	Vilka åtgärder utförs?	331
6.7.6	Relationen mellan basundersökning och efterföljande behandling.....	333

6.7.7	Vilka blir undersökta mer än statistiskt förväntat?	338
6.7.8	De som endast besöker tandvården vid akuta besvär.....	341
6.7.9	Patienternas behandlingspanorama förändras	345
6.7.10	Tandvårdskostnaden skiljer sig stort mellan patienter	353
6.7.11	Vilka tar del av det statliga högkostnadsskyddet? ..	359
6.7.12	Patienternas kännedom om ATB	364
6.7.13	Patienternas nyttjande av STB.....	368
6.7.14	Felaktiga utbetalningar i det statliga tandvårdsstödet.....	372
6.8	Patienter med abonnemangstandvård.....	373
6.8.1	Abonnemangstandvården ökar i omfattning	374
6.8.2	Unga kvinnor är mest benägna att ingå avtal om abonnemangstandvård	374
6.8.3	Regionerna tillämpar modellen i varierande grad	376
6.8.4	Abonnemangstandvård är mindre vanligt i socioekonomiskt utsatta grupper	377
6.8.5	Låg sjukdomsrisk bland patienter med abonnemang.....	379
6.9	Patienter inom särskilt tandvårdsstöd	380
6.9.1	Patienter inom oralkirurgiska åtgärder	382
6.9.2	Patienter inom nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet.....	382
6.9.3	Patienter med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	385
6.9.4	Patienter med tandvård som led i sjukdomsbehandling.....	389
6.9.5	Personer med särskilt stöd besöker tandvården oftare.....	390
6.9.6	Tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar.....	392
6.9.7	Behandlingspanoramat för patienter med mer långvarigt särskilt stöd	392
6.9.8	Kostnad per patient inom det särskilda tandvårdsstödet.....	395

6.10	Patienter som erbjuds sådan tandvård som inte kan anstå.....	397
6.11	De som inte besöker tandvården	399
6.11.1	En av tio vuxna har inte besökt tandvården på tio år	399
6.11.2	Grupper med sämre tandhälsa är överrepresenterade bland de som inte nyttjar tandvårdsstödet	401
6.11.3	Personer som uppger att de inte besöker tandvården trots behov	403
6.12	Prisutveckling på tandvårdsmarkanden.....	404
6.12.1	Ersättning till vårdgivare för tandvård till barn och unga vuxna.....	404
6.12.2	Utvecklingen av vårdgivarpriserna i det statliga tandvårdsstödet	407
6.12.3	Höjt ATB minskade patienternas kostnadsandel... ..	416
6.12.4	Kostnader enligt statistiken och de kostnader som inte syns	417
6.13	Svensk tandvård i ett internationellt perspektiv	419

7 Förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i tandvården.....423

7.1	Tandvårdens uppdrag och ansvar	424
7.1.1	En god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen	424
7.1.2	Etiska principer inom tandvård.....	426
7.1.3	Regionala variationer i samverkan mellan offentlig och privat verksamhet	430
7.1.4	Utveckla arbetet med förebyggande insatser utanför klinikerna.....	435
7.1.5	Regionens ansvar för invånarnas tillgång till tandvård	437
7.1.6	Folktandvårdens särskilda ansvar för barn och unga vuxna	439
7.1.7	Folktandvårdens särskilda ansvar för specialisttandvården	440
7.1.8	Patientens behov av information	442

7.2	Tandvårdsmarknadens villkor	448
7.2.1	Den tudelade tandvårdsmarknaden	448
7.2.2	Olika ersättningsmodeller påverkar intresset och vilken tandvård som erbjuds	453
7.2.3	Regionens beslut påverkar förutsättningarna för all tandvård som utförs i regionen	460
7.2.4	Att jämföra pris och kvalitet	465
7.2.5	Prissättningens betydelse för en jämlik tandvård	472
7.3	Tandvårdens medarbetare	480
7.3.1	Några övergripande iakttagelser	480
7.3.2	Tandvården upplever personalbrist trots att behandlarna är fler	482
7.3.3	Inte påtagligt färre behandlare i de mest glesbefolkade länen – och inte heller större vårdtyngd	484
7.3.4	Kompetensförsörjningsproblemen kräver en förändrad organisation och nya arbetssätt	487
7.3.5	Tandvården bör ges möjlighet att medverka i initiativ på kompetensförsörjningsområdet	493
7.3.6	Ökad digitalisering kan fortsätta att bidra till ökad resurseffektivitet	495
7.3.7	Bristande samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård trots lagreglerat ansvar och goda juridiska förutsättningar	496
7.3.8	Bristande kvalitetsuppföljning utgör ett hinder för jämlik tandvård	498
7.3.9	Andra förutsättningar för kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning i tandvården än i hälso- och sjukvården	501
7.3.10	Bristfälliga kunskaper om tandvårdssystemet och om journalsystemens uppbyggnad	504
7.4	Bedömningar och förslag	507
7.4.1	Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar	507
7.4.2	Inför principer för den offentligt finansierade tandvårdens organisering	516

7.4.3	Privata vårdgivare ska vid anmodan samverka med regionen i planeringen av tandvården	521
7.4.4	Tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet	524
7.4.5	Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras	527
7.4.6	Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs	530
7.4.7	Behandlarens tillvägagångssätt vid tillämpning av det statliga tandvårdsstödet tydliggörs.....	539
7.4.8	Regionen och inte folktandvården ska ansvara för tandvård för barn och unga vuxna samt specialisttandvård för vuxna	540
7.4.9	Avgifter vid uteblivande samt ersättning för tandvård som inte är regionens ansvar.....	541
8	Barn och unga vuxna.....	545
8.1	Höjd åldersgräns för tandvård till barn och unga vuxna innebär ett större åtagande för regionerna.....	546
8.2	Andra förutsättningar för datainsamling om barns och unga vuxnas tandvård och tandhälsa	547
8.2.1	Bristfälliga nationella data om annan oral ohälsa än karies hos barn och unga vuxna	547
8.2.2	Bristfällig kunskap om vilken tandvård som barn och unga vuxna får.....	548
8.3	Bättre tandhälsa bland barn men alltjämt kvarstår skillnader mellan grupper	550
8.3.1	Tandhälsan bland barn har förbättrats under lång tid	550
8.3.2	Indikationer på ökad ojämlikhet i yngre barns tandhälsa.....	551
8.3.3	Familjens socioekonomiska situation har betydelse för tandhälsan bland barn och unga vuxna.....	551
8.4	Unga vuxna mellan 20 och 23 år gör fler besök i tandvården efter den höjda åldersgränsen.....	553

8.5	Barn och unga vuxna som uteblir från tandvården.....	554
8.6	Regionala skillnader i tandvård till barn och unga vuxna ...	556
8.6.1	Innebörden av tandvård som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat	556
8.6.2	Regionerna tillämpar olika revisionsintervall.....	557
8.6.3	Förebyggande insatser ser olika ut över landet ...	559
8.6.4	Utredningens sammanfattande bedömning.....	560
8.7	Tandvård till barn och unga vuxna som är folkbokförda i en annan region	560
8.7.1	Ungefär 10 procent är inte skrivna på sin studieort	562
8.7.2	Problemen med utomlänstandvård har aktualiserats av den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård.....	563
8.8	Avgiftsfri tandvård till unga vuxna – några sammanfattande iakttagelser	563
8.8.1	Positiv utveckling av tandhälsan bland unga vuxna	563
8.8.2	Effekter av höjd åldersgräns för avgiftsfri tandvård.....	564
8.8.3	Fler besök i tandvården efter reformen – men finns det ett behov?	565
8.8.4	Den höjda åldersgränsen har påverkat regionernas organisering av tandvården.....	566
8.8.5	Systematisk riskgruppering kan bidra till en effektivare fördelning av tandvårdens resurser....	566
8.9	Bedömningar och förslag.....	568
8.9.1	Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år.....	568
8.9.2	Riskbedömning av barn och unga vuxna.....	571
8.9.3	Data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret	573
8.9.4	Nationella riktlinjer bör omfatta barn och unga vuxna	577

9	Vuxna utan särskilda behov.....	579
9.1	Analys.....	579
9.1.1	Vuxnas tandhälsa förbättras – men skillnaderna mellan grupper kvarstår	580
9.1.2	Både lägre besöksfrekvens och sämre tandhälsa bland personer med svag socioekonomisk position.....	581
9.1.3	Besöksfrekvens och konsumtionsmönster återspeglar inte fullt ut befolkningens behov.....	582
9.1.4	Inga betydande könsskillnader i tandhälsa – men kvinnor konsumerar mer tandvård än män.....	584
9.1.5	Fler besöker endast tandvården akut	585
9.1.6	Äldre konsumerar mer tandvård än yngre – och har sämre tandhälsa	586
9.1.7	Skyddet mot höga kostnader har en omfördelande effekt mellan inkomstgrupper.....	587
9.1.8	ATB har en begränsad stimulerande effekt för förebyggande och regelbunden tandvård.....	588
9.1.9	Flera samverkande faktorer bakom beslut att avstå tandvård.....	589
9.1.10	Abonnemangstandvårdens grundprinciper viktiga att bibehålla och utveckla	591
9.1.11	Tendens till överkonsumtion av basundersökningar	591
9.1.12	Målen i 2008 års tandvårdsreform alltjämt ändamålsenliga för att nå ett mer jämlikt tandvårdssystem	594
9.2	Bedömningar och förslag	595
9.2.1	Enhetlig individuell riskbedömning.....	595
9.2.2	Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll	600
9.2.3	Tandhälsoplan, behandlingsplan och annan information om utförd tandvård ska tillgängliggöras via e-tjänsten Mina sidor	630
9.2.4	Försäkringskassan ska kontrollera att patienten erbjuds tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan.....	634

9.2.5	Patienter kan stödja Försäkringskassan i arbetet med att stävja fusk och bedrägerier	639
9.2.6	Myndigheters ansvar för utveckling, reglering och implementering av reformerna	639
10	Vuxna med särskilda behov.....	645
10.1	Funktionsnedsättning påverkar såväl upplevd som faktisk tandhälsa negativt	646
10.2	Personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning konsumerar mer tandvård.....	647
10.3	Analys av brister och tillämpningsproblem med dagens särskilda tandvårdsstöd samt särskilt tandvårdsbidrag	648
10.3.1	Patienten saknar kunskap om de särskilda tandvårdsstöden som dessutom är svåra att förstå.....	649
10.3.2	Systemet är komplext och saknar detaljerade regler vilket ger variationer mellan regionerna	651
10.3.3	Det vetenskapliga stödet för vilka grupper som har särskilda behov är bristfälligt.....	652
10.3.4	Bristande kunskap om patientgruppers behov kan medföra felaktig exkludering eller inkludering	653
10.3.5	Glappet mellan regionalt och statligt tandvårdsstöd.....	654
10.3.6	Tillämpningssvårigheter inom respektive regionalt särskilt stöd	655
10.3.7	Regionernas erfarenheter behöver tillvaratas.....	672
10.4	Principiella utgångspunkter för ett reformerat selektivt stöd	673
10.4.1	Utredningens överväganden	676
10.4.2	Att skapa ett selektivt stöd som når avsedda patienter och som är lättare att tillämpa och följa upp	680
10.4.3	Målgrupp för selektivt stöd.....	682
10.4.4	Sköra äldre med ännu inte identifierat omsorgsbehov.....	685

10.5	Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet.....	686
10.5.1	Skäl till förslaget om ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet	688
10.5.2	Bedömning av möjliga nackdelar med förslaget	693
10.5.3	Sammanvägd bedömning avseende ett förändrat huvudmannaskap	697
10.5.4	Myndigheternas ansvar för utveckling, reglering och administration.....	699
10.5.5	Hur det statliga tandvårdsstödet ska fungera för patienter i behov av selektivt stöd.....	706
10.5.6	Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma regler om patientavgift inom selektivt stöd	711
10.5.7	Bättre förutsättningar för att ett selektivt tandvårdsstöd ska nå avsedda patienter	712
10.5.8	Bättre förutsättningar för ökad kännedom om selektivt tandvårdsstöd	716
10.5.9	Bättre förutsättningar för enkel tillämpning och uppföljning med en minskad administrativ börda	719
10.5.10	Fortsatt fast åtgärdsersättning till vårdgivaren för patienter med selektivt stöd	723
10.6	Ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid	726
10.6.1	Målgrupp för ett långvarigt stöd för basal tandvård	728
10.6.2	Tillvägagångssätt för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård	730
10.6.3	Regler för tillämpning.....	746
10.6.4	Tandvård som omfattas av basal tandvård för lång tid	748
10.7	Uppsökande verksamhet upphör	751
10.7.1	Regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra	753

10.8	Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid	756
10.8.1	Målgrupp för stöd för viss behandling, under viss tid.....	759
10.8.2	Tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid.....	764
10.8.3	Regler för tillämpning	766
10.8.4	Tandvård som omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid	769
10.9	Särskilt tandvårdsbidrag upphör.....	773
10.10	Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov.....	775
10.10.1	Målgrupp för regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården.....	780
10.10.2	Regler för tillämpning	788
10.10.3	Behandlingar som omfattas.....	791
10.10.4	Nationella data om vad som utförts	796
10.11	Fördelning av patienter med särskilda behov – en jämförelse mellan nuvarande system och utredningens förslag	798
11	Alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd	805
11.1	Utredningens bedömning av förutsättningarna att utföra tilläggsuppdraget.....	805
11.1.1	Kommittéförordningens finansieringskrav.....	806
11.1.2	Nuvarande reglering av skyddet mot höga kostnader.....	807
11.1.3	Utredningens tids- och resursmässiga förutsättningar	809
11.2	Ett högkostnadsskydd mer likt hälso- och sjukvårdens system – vad betyder det?	809
11.2.1	Tandhälsa i det folkhälsopolitiska arbetet.....	812
11.2.2	Allmänt om nuvarande högkostnadsskydd.....	813
11.2.3	Om dynamiska effekter	816

11.2.4	Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd.....	817
11.2.5	Fasta beloppsgränser eller indexering.....	841
11.2.6	Alternativ till ett statligt högkostnadsskydd – kompletterande beräkningar och diskussion....	843

12 Kostnadsberäkningar, finansieringsförslag och övriga konsekvenser853

12.1	Förutsättningar för beräkningarna	854
12.1.1	FASIT som underlag för beräkningar av kostnader i det statliga tandvårdsstödet	855
12.1.2	Antaganden för beräkningar av kostnader för det nya selektiva tandvårdsstödet	857
12.1.3	Beräkning av framtida tandvårdskostnader givet ett oförändrat regelverk.....	859
12.1.4	Två beräkningsmetoder för uppskattning av kostnader för vissa reformer.....	860
12.1.5	Osäkerhet i kostnadsberäkningarna.....	862
12.2	Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag	863
12.2.1	Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag	865
12.2.2	Totala effekter av införandet av tandhälsoplan ...	866
12.2.3	Totala effekter av nytt statligt selektivt tandvårdsstöd	867
12.2.4	Totala effekter av generellt statligt tandvårdsstöd till personer 20 år och äldre.....	870
12.2.5	Ekonomiska konsekvenser för staten	872
12.2.6	Ekonomiska konsekvenser för regionerna	873
12.2.7	Ekonomiska konsekvenser för patienter med generellt statligt tandvårdsstöd	874
12.2.8	Ekonomiska konsekvenser för patienter med selektivt statligt tandvårdsstöd.....	885
12.2.9	Konsekvenser för vårdgivare inom det generella statliga tandvårdsstödet.....	891
12.2.10	Konsekvenser för vårdgivare inom det selektiva statliga tandvårdsstödet	896
12.2.11	Konsekvenser i övrigt	897

12.3	Om dynamiska effekter.....	898
12.3.1	Hur beräknas en dynamisk effekt	898
12.3.2	Utredningens förslag har såväl statiska som dynamiska effekter	899
12.3.3	Vad är en önskvärd effekt?	899
12.3.4	Erfarenheter från tidigare tandvårdsreformer visar på svårigheten att skatta dynamiska effekter	900
12.3.5	Dynamiska effekter och FASIT	903
12.3.6	Faktorer som verkar i kostnadsdämpande riktning.....	903
12.3.7	Faktorer som verkar i kostnadsdrivande riktning.....	907
12.3.8	Effekten av fler besökare i det generella statliga tandvårdsstödet.....	908
12.4	Konsekvenser för utvecklings- och driftskostnader.....	910
12.4.1	Konsekvenser för myndigheter och regioner	910
12.5	Finansieringsförslag	912
12.6	Övriga konsekvensanalyser	916
12.6.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ..	916
12.6.2	Konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet.....	917
12.6.3	Konsekvenser för sysselsättning och service i olika delar av landet	918
12.6.4	Konsekvenser för små företag	918
12.6.5	Konsekvensen för jämställdheten mellan kvinnor och män	919
12.6.6	EU-rättsliga konsekvenser	921
12.6.7	Konsekvenser för att nå det integrationspolitiska målet.....	923
13	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	925
13.1	Ikraftträdande	925
13.2	Övergångsbestämmelser.....	926
13.2.1	Sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård	928

13.2.2	Allmänt tandvårdsbidrag upphör	928
13.2.3	Särskilt tandvårdsbidrag upphör	929
13.2.4	Övergång från regionalt särskilt tandvårdsstöd till statligt selektivt stöd	930
14	Författningskommentar	935
14.1	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	935
14.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	943
14.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd	950
14.4	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	972
14.5	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	973
	Särskilt yttrande.....	975
	Referenser.....	979
Bilagor		
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2018:16.....	993
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2020:1.....	1011
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2020:115.....	1017
Bilaga 4	Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid	1019
Bilaga 5	Selektivt stöd för viss behandling under viss tid	1049
Bilaga 6	Regionalt tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården	1089
Bilaga 7	Underlag för beräkning av differentierade subventioner	1119

Kommittédirektiv 2018:16

Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa

Beslut vid regeringssammanträde den 8 mars 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen. Utredaren ska analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska vidare analysera och överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna. Utredaren ska också pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

Bakgrund

Framväxten av det statliga tandvårdsstödet

År 1974 infördes i Sverige en allmän tandvårdsförsäkring som omfattade alla typer av behandlingar. Arvodet för respektive åtgärd reglerades genom en statlig tandvårdstaxa. Denna tandvårdsreform innebar också en utbyggnad av folktandvården, där landstingen fick ett

lagstadgat ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialist-tandvården.

Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen i syfte att föreslå förändringar i tandvårdsstödet. Tre propositioner lämnades till riksdagen men ingen av dessa ledde till några förändringar. I propositionen Förändrat ersättningssystem för vuxentandvård (prop. 1993/94:93) föreslog regeringen riktlinjer för ett sådant förändrat system, vilka godkändes av riksdagen. I en efterföljande proposition (prop. 1993/94:221) presenterades lagförslag i enlighet med de riktlinjer som riksdagen godkänt, men efter kritik från bl.a. Lagrådet beslutade riksdagen att avslå propositionen och upphävde sitt tidigare beslut om riktlinjer. Propositionen Reformerad tandvårdsförsäkring (prop. 1995/96:119) återkallades av regeringen eftersom den inte skulle få tillräckligt stöd i riksdagen.

När tandvårdsstödet så småningom reformerades år 1999 (prop. 1997/98:112) avskaffades den statliga regleringen av arvoden för tandvård som tidigare funnits och det blev upp till respektive vårdgivare att sätta sina priser. Samtidigt upphävdes den statliga etableringskontrollen för tandläkare. 1999 års tandvårdsförsäkring var inriktad på att ge alla vuxna ett visst ekonomiskt stöd för den hälsofrämjande tandvården, s.k. bastandvård. I stället för att patienten skulle ersättas med en procentuell andel av sin totala tandvårds-kostnad gavs en fast ersättning per tandvårdsåtgärd. Dessutom infördes ett särskilt skydd mot höga kostnader för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar och för tandreglering.

År 2002 infördes den så kallade 65-plusreformen (prop. 2001/02:51) som innebar ett utökat skydd mot höga kostnader för protetiska behandlingar. Patienter som omfattades av skyddet, dvs. de som var äldre än 64 år, betalade som mest 7 700 kronor samt materialkostnader för omfattande protetiska behandlingar vilket ledde till en kraftig ökning av efterfrågan på protetisk vård och till att systemet blev kostnadsdrivande. Patienter yngre än 65 år hade viss subvention för så kallad bastandvård men saknade ett reellt skydd mot höga tandvårdskostnader.

Det nuvarande tandvårdssystemet

Det statliga tandvårdsstödet

Det statliga tandvårdsstödet ändrade karaktär i samband med 2008 års tandvårdsreform (prop. 2007/8:49). En viktig förändring var att statens åtagande definierades tydligare och att stödet ska utgå från patientens tillstånd. Tidigare skulle omfattande behandlingar förhandsprövas av Försäkringskassan. Det nya stödet innebär i stället ett stort ansvar för den enskilda vårdgivaren eller behandlaren att bedöma vilken tandvård som, enligt det statliga regelverket, ska berättiga till ersättning. I grunden ligger ett generellt stöd som lämnas till alla som besöker tandvården.

I tandvårdslagen (1985:25) anges att *målet för tandvården* är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. *Målet med det statliga tandvårdsstödet* är att förbättra befolkningens tandhälsa genom att stimulera människor att regelbundet besöka tandvården. För personer med inga eller små tandvårdsbehov ska tandvårdsstödet bidra till att bevara en god tandhälsa genom ett ekonomiskt stöd till tandvård. För personer med stora tandvårdsbehov ska skyddet mot höga kostnader i det statliga tandvårdsstödet göra det möjligt att få tandvård till en rimlig kostnad. Statens ekonomiska åtagande ökade från tre till sex miljarder kronor per år.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre olika bidrag: allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och skydd mot höga kostnader. Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) ges till alla som är 23 år eller äldre och som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige. ATB får användas för betalning av all ersättningsberättigande tandvård. Storleken på ATB beror på patientens ålder. Till och med det år patienten fyller 29 år och från och med det år patienten fyller 65 år är bidraget 300 kronor per år. Från och med det år patienten fyller 30 år och till och med det år patienten fyller 64 år är bidraget 150 kronor per år. Från och med den 15 april 2018 dubblas bidraget för alla tre åldersgrupperna. ATB blir tillgängligt den 1 juli varje år, och varje bidrag kan användas under en tvåårsperiod. Bidraget får även användas för att betala abonnemangstandvård.

Den 1 januari 2018 blev tandvården avgiftsfri för unga till och med 22 år och från och med den 1 januari 2019 kommer den att bli avgiftsfri för unga till och med 23 års ålder. Samtidigt höjs även den undre gränsen för ATB.

Särskilt tandvårdsbidrag (STB) är ett bidrag som betalas ut till patienter som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa. Bidraget får användas för att betala förebyggande åtgärder som ger rätt till ersättning och även för att betala abonnemangstandvård. Bidraget ges två gånger per år med 600 kronor och varje bidrag får användas under en period om högst sex månader.

Skyddet mot höga tandvårdskostnader infördes för att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad. Den ersättning som betalas ut kallas tandvårdsersättning. För varje tandvårdsåtgärd som enligt föreskrifter från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bedöms vara ersättningsberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. Om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre, ska det priset ligga till grund för beräkningen. Om vårdgivarens pris är högre än referenspriset, får patienten själv betala den del som överstiger referenspriset. Tandvårdsersättning lämnas när patientens totala, ersättningsberättigande kostnad överstiger 3 000 kronor. För den del av kostnaderna som överstiger 3 000 kronor men inte 15 000 kronor lämnas tandvårdsersättning med 50 procent och för den del som överstiger 15 000 kronor lämnas ersättning med 85 procent av kostnaderna. Därmed bär patienten alltid en del av kostnaden för varje åtgärd. Nivåerna i högkostnadsskyddet har varit oförändrade sedan 2008 samtidigt som referenspriserna har stigit, vilket innebär att allt fler patienter har fått del av högkostnadsskyddet.

Bedömningen av vilken tandvård som är ersättningsberättigande ska alltid utgå från patientens tillstånd (diagnos). Därför ska tandläkaren eller tandhygienisten alltid fastställa vilket tillstånd som patienten har. När tillståndet har fastställts anger reglerna vilken eller vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning.

Det fanns även andra viktiga ambitioner med 2008 års tandvårdsreform, bl.a. att stärka patienten i förhållande till vårdgivarna och att säkerställa god kostnadskontroll för staten.

Regeringen ansåg att marknaden inte fungerade tillräckligt väl, främst på grund av patientens informationsunderläge gentemot vårdgivaren när det gäller det egna tandvårdsbehovet, möjliga och lämpliga behandlingsåtgärder samt priser för olika behandlingar.

Kontrollen över de statliga utgifterna inom tandvårdsstödet var en annan viktig komponent som byggdes in i systemet. Detta präglades av erfarenheterna av 65-plusreformen. För att staten skulle öka sitt ekonomiska åtagande för att sänka patienternas tandvårdskostnader – och särskilt vid kostsamma behandlingar – underströks behovet av att förbättra kontrollen av utbetald ersättning och utförd vård.

Landstingens tandvårdsstöd

Utöver det statliga tandvårdsstödet finns landstingens tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda behov av tandvård. Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med långvarigt och stort vård- och omsorgsbehov.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård) vänder sig till personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av viss sjukdom eller funktionsnedsättning. Denna typ av tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift och syftet är att det inte ska uppstå nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter att få den tandvård de behöver, som ofta är regelbunden och kostsam. Det är landstingen som bedömer och avgör om en patient anses uppfylla kriterierna för stödet.

Uppsökande verksamhet vänder sig till personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Den uppsökande verksamheten består av en avgiftsfri munhälsobedömning som syftar till att ge individuellt anpassade råd om daglig munvård och bedöma behovet av nödvändig tandvård. I samband med den uppsökande verksamheten bedriver landstingen även utbildning i munhygien för vårdpersonal.

Nödvändig tandvård (N-tandvård) vänder sig till samma personkrets som den uppsökande verksamheten. Den nödvändiga tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift och ska vara sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Undersökningar, förebyggande åtgärder, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling med mera ingår i den nödvändiga tandvård-

den. Däremot ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna i nödvändig tandvård.

I landstingens ansvar ingår även att erbjuda tandvård till dem som har ett behov av särskilda tandvårdsåtgärder som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid (S-tandvård). Patienter som har rätt till stödet omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. De tandvårdsåtgärder som patienten har rätt till enligt stödet är sådana som bedöms viktiga för att inte äventyra den medicinska behandlingen. För de behandlingsåtgärder som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling betalar patienten enligt det statliga tandvårdsstödet ersättningsregler.

Oralkirurgiska behandlingar som kräver sjukhustekniska och medicinska resurser ska också ges enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det handlar om behandlingar som kräver ett samarbete mellan oralkirurg och olika medicinska specialister.

Tandhälsans fördelning i befolkningen

Fram till 2008 följdes tandhälsan i Sverige främst genom enkätundersökningar och vissa regionala epidemiologiska studier. När 2008 års tandvårdsreform infördes påbörjades också en rapportering av vissa tandhälsovariabler till Socialstyrelsen. Det blev då möjligt att på individnivå följa tandhälsans utveckling. Sedan dess har tandhälsan utvecklats ytterligare i positiv riktning på befolkningsnivå. För alla patienter som tar del av det allmänna tandvårdsbidraget, dvs. i praktiken alla som besöker tandvården, rapporterar vårdgivarna uppgifter om antalet kvarvarande tänder och antalet intakta tänder. Dessa uppgifter registreras i Socialstyrelsens tandhälsoregister. En jämförelse av befolkningens tandhälsa mellan 2009 och 2016 visar på förbättringar. Sedan 2009 har antalet ej intakta tänder minskat med nästan tio procent och intakta tänder har ökat med motsvarande andel. Stigande ålder förefaller inte ha någon negativ inverkan på tandhälsan på befolkningsnivå, dvs. många behåller samma antal kvarvarande och antal intakta tänder även när de blir äldre. Detta gäller särskilt för åldrarna upp till 65 år. Bland dem som är 65 år och äldre är trenden att de behåller fler egna tänder med stigande ålder. En förklaring till detta är att antalet personer med omfattande lagningar, inte minst med amalgam, successivt minskar i antal, vilket

innebär att behovet av att göra om fyllningar minskar. Om utvecklingen fortsätter i samma riktning indikerar det att antalet äldre framöver kommer att ha fler egna tänder, men att dessa fortsatt i hög grad kommer att vara lagade och därmed utgöra en riskfaktor för behov av tandvård. När man blir äldre kan munhälsan generellt sett snabbt förändras, vilket pekar på vikten av att kunna upprätthålla en god tandvård livet ut.

Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning *Hälsa på lika villkor* 2016 uppgav 7 procent av kvinnorna och 9 procent av männen att de hade dålig tandhälsa. Dålig tandhälsa är också mer än dubbelt så vanlig bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Personer som är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låga inkomster uppgav i betydligt större utsträckning än övriga att de avstått från tandvård trots behov.

Trots låg kariesförekomst bland barn och ungdomar finns det ändå en social olikhet när det gäller sjukdomens utbredning. Tandhälsan skiljer sig åt mellan olika landsting och regioner. Andelen kariesfria 6-åringar var 75 procent 2015. Detta är dock en minskning med tre procent sedan 2010. Samtidigt har andelen kariesfria 12-åringar och 19-åringar ökat något under samma period. Eftersom goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölk-tänderna en sämre prognos för munhälsa senare i livet. Sociala skillnader i risken för karies kan observeras redan hos mindre barn och bland yngre skolbarn. Det finns ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnen ska få omfattande kariesangrepp. Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för barn och unga både när det gäller att komma (eller inte komma) till tandvården och när det gäller att få karies. Till exempel är barn som är placerade i samhällsvård en särskilt utsatt grupp. En studie har visat att det sammantaget är ungefär dubbelt så vanligt med sämre tandhälsa och låg tandvårdskonsumtion bland tidigare placerade, jämfört med övriga.

Allt fler äldre behandlas för parodontit (en fortlöpande nedbrytning av benvävnaden runt tänderna som kan leda till tandlossning

och tandförlust om den lämnas obehandlad). Andelen personer som är 60 år eller äldre och som behandlas för parodontit har ökat från 16 till 20 procent mellan 2010 och 2015. En anledning till ökningen är att allt fler äldre personer har fler egna tänder kvar.

Att avstå från tandvård av ekonomiska skäl

Ekonomiska skäl att avstå från vård är särskilt tydliga inom tandvården. Omfattande tandvårdsbehov kan medföra betydande kostnader för den enskilde. I Sverige står patienterna för cirka 61 procent av finansieringen av tandvården och det offentliga för 39 procent. De för många höga kostnaderna inom tandvården har lett till att fler vuxna avstår från tandvård av ekonomiska skäl än från vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Att inte sköta sina tänder kan få allvarliga konsekvenser. Utöver höga tandvårdskostnader kan det leda till följsjukdomar som medför lidande för den enskilde men även betydande kostnader för det offentliga. Utformningen av tandvårdssystemen är en viktig del i arbetet med att sluta hälso-klyftorna inom en generation.

Uppdraget att analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa

Sjukdomsförebyggande tandvård

En god tandhälsa är på lång sikt det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader för såväl patienten som staten. Detta uppnås genom god egenvård och förebyggande insatser i tandvården som minimerar vårdbehovet. Det är därför viktigt att styrningen av tandvården stöder beteenden hos vårdgivare och patienter som på sikt minskar tandvårdsbehoven.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsan som finns bland stora grupper av befolkningen. Förebyggande insatser är även viktiga hos de patienter som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan behandlade tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium. Tidigare lagade och ej intakta tänder

löper alltid ökad risk för ny behandling. I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) konstateras också att fler intakta tänder och lägre kariesfrekvens leder till mindre behov av tandreparationer och protetik. Det statliga tandvårdsstödet konstruktion innebär att subventionen företrädesvis används till reparativ vård snarare än till förebyggande insatser. Högkostnadsskyddet, vars andel är cirka 80 procent av den totala subventionen, bygger på att patienten konsumerar ersättningsberättigande tandvård om minst 3 000 kronor per år innan stödet bidrar till tandvårdskostnaderna. Det allmänna tandvårdsbidraget är ett generellt stöd som kan användas för all behandling inom tandvården, inte endast förebyggande insatser.

Den relativt goda tandhälsan i befolkningen är en långsiktig effekt av förebyggande tandvård, bland annat genom en ökning av fluoranvändning, utbyggd avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsning på information om munhygien i skola och tandvård sedan slutet av 1950-talet då nära 100 procent av befolkningen hade karies. Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår emellertid skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna.

Socioekonomiska skillnader i tandvårdsbesök och tandhälsa

I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) identifieras vissa grupper som besöker tandvården i låg utsträckning.

I de grupper där en lägre andel människor uppsöker tandvården trots behov återfinns personer med små ekonomiska marginaler. De grupper som rapporterar att de har dålig tandhälsa avstår också i högre utsträckning från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Det kan gälla människor i någon form av socialt utanförskap, med mer begränsad tillgång till information om tandhälsa och om de möjligheter som finns att få tandvård och tandvårdsstöd. Det handlar också om vissa grupper med stora omsorgsbehov och vissa äldre. Det berör också vissa i gruppen nyanlända och andra som inte har haft tillgång till barn- och ungdomstandvård och som upplever språkliga och andra barriärer. Effekten kan bli att tandhälsan, som redan tidigare kan ha varit dålig, försämras ytterligare. Detta påverkar den samman-

tagna hälsan och välbefinnandet för dessa personer och kan också skapa ännu större behov av akuta tandvårdsinsatser längre fram.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i två rapporter från 2016 analyserat omfördelningen av resurser inom tandvårdsstödet högkostnadsskydd samt inkomstens betydelse för konsumtionen av tandvård. En viktig observation är att personer med högre inkomst har bättre tandhälsa än personer med lägre inkomst och att sambandet ökar med stigande ålder. Detta medför att även om högre inkomst ökar sannolikheten för att göra tandvårdsbesök så konsumerar personer med högre inkomst mindre tandvård jämfört med personer med lägre inkomster. Resultaten av studierna visar också att högkostnadsskyddets utformning leder till att resurser omfördelas från individer med högre inkomst till individer med lägre inkomst, genom att personer med låga inkomster i högre utsträckning får sina tandvårdskostnader täckta genom högkostnadsskyddet. Omfördelningen sker främst bland yngre och minskar ju äldre patienten är. I åldersgruppen 65–89 är en ökad disponibel inkomst förknippad med en högre sannolikhet att få tandvårdskostnaderna täckta genom högkostnadsskyddet. I denna patientgrupp minskas därmed omfördelningen i socialförsäkringssystemet.

TLV har visat att det inte förekommer några signifikanta skillnader mellan olika inkomstgrupper när det gäller hur mycket som betalas ut i stöd från högkostnadsskyddet. I de flesta åldersgrupper får den genomsnittliga låginkomsttagaren inte mindre statlig subvention än individer med högre inkomst. Låginkomsttagaren tenderar emellertid att besöka tandvården i lägre utsträckning, men får i gengäld mer omfattande tandvård när de väl besöker tandvården, ofta i ett akut skede.

Socioekonomiska faktorer har stor betydelse för tandhälsan. En indikator på tandhälsan inom olika befolkningsgrupper är förekomsten av tandförluster. Antalet tanduttagningar per 100 invånare har under perioden 2009–2016 minskat från 8,7 till 7,4 tänder, vilket är ett resultat av den förbättrade tandhälsan generellt i befolkningen. Det är dock stora skillnader i antalet borttagna tänder mellan personer med olika utbildningsbakgrund. År 2016 fick personer med högst grundskoleutbildning 11,1 tänder borttagna per 100 invånare. Motsvarande siffra för personer med eftergymnasial utbildning var 5,4. Tandhälsa visar också samband med inkomst. De med sämst

tandhälsa återfinns i grupper med låg inkomst och bäst tandhälsa i grupper med hög inkomst.

Socioekonomiska faktorer har också betydelse för om vuxna personer besöker tandvården för undersökning i förebyggande syfte. Utbildning är här en viktig faktor. I åldersgruppen 35–79 år besökte 68,5 procent tandvården 2014–2015 för en undersökning. Bland dem med eftergymnasial utbildning var andelen 79 procent och bland dem med grundskoleutbildning var den 51 procent. Kvinnor besöker tandvården i något högre utsträckning än vad män gör i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning, medan andelen kvinnor och män är lika i gruppen med grundskoleutbildning. Det kan indikera att förutsättningarna för hur en person väljer att besöka tandvården varierar mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.

Regeringen har identifierat ett behov av insatser och kommer att ge myndigheter i uppdrag att bl.a. förbättra information om tandvårdstöden, mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå, kartlägga tandhälsans bestämningsfaktorer samt föreslå hur samarbetet mellan tandvården och hälso- och sjukvården kan förbättras.

Utredaren ska särskilt

- analysera skillnader i tandhälsa i befolkningen utifrån kön, ålder, bostadsort, socioekonomisk bakgrund, funktionsnedsättning samt andra relevanta faktorer,
- identifiera faktorer och incitament som ytterligare främjar regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte, och
- identifiera faktorer och incitament som är avgörande för att uppnå en jämlik tandhälsa.

Uppdraget att lämna förslag till hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart samt bli mer resurseffektivt och jämlikt

Ett tandvårdssystem som består av flera delar

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ska varje landsting erbjuda en god tandvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstingen. Tandvård som landstingen själva bedriver benämns folktandvård. Folktandvården ansvarar för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar t.o.m. det år de fyller 22 år, specialisttandvård för vuxna

och övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstingen bedömer lämpligt. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter folktandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen. Det senare är vanligt vad gäller barn- och ungdomstandvård samt i vissa landsting även för uppsökande verksamhet och tandvård till asylsökande.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre delar – det allmänna tandvårdsbidraget, det särskilda tandvårdsbidraget och skyddet mot höga kostnader. Utöver det statliga tandvårdsstödet finns landstingens tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda tandvårdsbehov. Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med stort vård- och omsorgsbehov. Vissa som har akuta tandvårdsbehov och saknar medel kan få stöd från socialtjänsten.

Kunskapen om de olika stöden är otillfredsställande och särskilt de landstingsfinansierade stöden upplevs ofta som komplexa och svåra att överblicka för såväl patienter som många vårdgivare. Processen för att beviljas stöd är omständlig och kräver samverkan mellan flera aktörer. Tandvården, hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst är i olika hög grad involverade i genomförandet av landstingsstöden och det stöd till tandvård som ges genom ekonomiskt bistånd från kommunernas socialtjänst. Även kriterierna för rätten till vissa av stöden uppfattas som otydliga, vilket bidrar till variationer i tolkningen över landet. Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget samt lämna förslag på eventuella förbättringar. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 december 2018.

Allmän- och specialisttandvård är indelad i en offentlig och en privat vårdverksamhet, där den offentliga vården i huvudsak utförs i landstingen (folktandvården). Den privata tandvården utgörs till stor del av mindre enheter som ofta ägs av tandläkarna själva. Utöver dessa mindre enheter finns också ett producentkooperativ (Praktikertjänst) med omkring 1 200 anställda tandläkare. Även tandhygienister arbetar i privattandvården. Under senare år har det också tillkommit ytterligare aktörer på den privata marknaden, i form av

vårdföretag som har etablerats på flera orter i Sverige. Omkring hälften av Sveriges tandläkare och tandhygienister arbetar i privat regi, men det är stora regionala skillnader i fördelningen mellan offentlig och privat vård. I dag finns cirka 1 250 privata tandvårdsmottagningar och cirka 1 000 folktandvårdsmottagningar i Sverige. Generellt sett utförs merparten av barn- och ungdomstandvården inom den offentliga tandvården, medan något mer än hälften av tandvården för den vuxna befolkningen utförs i privat regi.

Det uppdelade ansvaret och utförandet av tandvård får konsekvenser vad gäller t.ex. e-hälsans utveckling inom tandvårdsområdet. Tandvården har behov av olika it-baserade funktioner och tjänster för att bedriva sin verksamhet på ett effektivt och patientsäkert sätt. Det handlar t.ex. om funktionalitet för informationsutbyte i form av att dela journalhandlingar såsom röntgenbilder, att få tillgång till läkemedelsförteckningen eller att få en samlad bild över patientens vård och hälsa. Det senare kan innebära att förebygga läkemedelsförskrivningar med risk för skadliga interaktioner, där särskild risk förekommer när inte tandvården har tillgång till it-stöd med funktionalitet för att ta del av aktuella journalhandlingar från andra utförare. Landstingen har initierat ett arbete som bland annat innebär att tandvården involveras i nationella projekt som arbetar med utbyte av journalhandlingar, läkemedelsinformation och röntgenbilder. Med anledning av landstingets begränsade ansvar inom tandvårdsområdet ligger fokus i arbetet på att ta fram lösningar och system för den egna verksamheten. Detta kan dock utan nationell samordning ytterligare bidra till svårigheterna med det uppdelade ansvaret och utförandet mellan folktandvården och privata tandvårdsgivare, då det saknas nationella, gemensamma grundförutsättningar och regelverk för e-hälsoutvecklingen i tandvården.

Tandvårdsutgifter

De totala tandvårdsutgifterna uppgick till 27 miljarder kronor 2015, enligt uppgifter från Statistiska centralbyrån (hälsoräknenskaperna) och Försäkringskassan. År 2015 uppgick de statliga kostnaderna för tandvården till 5,3 miljarder kronor, landstingens till 6,1 miljarder kronor, kommunernas till 7 miljoner kronor och hushållens till

15,3 miljarder kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter cirka 61 procent.

Prissättning i tandvårdssystemet

Prissättningen i tandvårdssystemet består av två huvudkomponenter – referenspriser och fri prissättning.

För varje tandvårdsåtgärd som enligt TLV:s föreskrifter anses vara ersättningsberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas från. TLV fastställer referenspriserna utifrån kostnader för att utföra respektive åtgärd. Eftersom kostnaderna skiljer sig åt för olika verksamheter och för olika arbeten vid olika tillfällen bygger modellen för referensprisberäkningen på att alla ingående delar i varje åtgärd beräknas för sig. Beräkningen av referenspriserna ska följa utvecklingen inom tandvården. De ska därmed spegla kostnaderna för den bästa och mest kostnadseffektiva metoden för ett rimligt behandlingsalternativ av god standard enligt de nationella riktlinjerna för vuxentandvården och annat vetenskapligt eller sakkunnigt underlag. En grundprincip är att varje referenspris ska bära sina egna kostnader och inte subventionera andra åtgärder.

Beräkningen av varje referenspris består av många olika komponenter. De innehåller både direkta och indirekta kostnader för både tandvårdsmottagningar och i förekommande fall även tandtekniska laboratorier. Beräkningen baseras på fyra delar: arbetskostnad, direkt material, dentalt material samt ett påslag.

Referenspriserna har efter 2008 justerats årligen. Detta innebär att arbetskostnaden har räknats upp med ett publikt index och kostnaderna för direkt och dentalt material har justerats med specialbeställda index från SCB.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna och ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. Differensen i kostnaden mellan referenspriset och vårdgivarpriset står patienten själv för.

Under perioden 1974–1998 var tandvårdspriserna reglerade genom en statlig taxa. Under denna period ökade vårdgivarnas priser mindre än totala konsumentprisindex (KPI). KPI visar vad konsumenterna betalar för en tjänst, dvs. utvecklingen exklusive den del som ersätts genom offentliga subventioner. Efter det att prisregleringen för

tandvård avskaffades 1999 var prisökningarna betydligt högre än i ekonomin i stort. Enligt SKL var den totala prisökningen 71 procent från januari 1998 till januari 2006. Priserna steg med 16 procent under 1999.

Efter 2008 års tandvårdsreform fortsatte vårdgivarpriserna att öka. De ökar nu i snabbare takt än före reformen och har ökat i snabbare takt än referenspriserna. Vårdgivarpriserna har i genomsnitt ökat med drygt 2 procent per år efter 2009 vilket är en något högre ökning än för referenspriserna. I genomsnitt ligger den privata tandvårdens priser något över folktandvårdens priser. Även omsättningen på tandvårdsmarknaden har ökat mer än mängden producerad tandvård sedan reformen trädde i kraft. Det betyder att den omsättningshöjning som inte kan förklaras av ökad produktion förklaras av höjda priser. Det finns även tecken på att rörelsemarginalerna inom tandvårdsbranschen ökat sedan 2008–2009. Riksrevisionen har beskrivit hur priserna på mer omfattande behandlingar utvecklades i snabbare takt efter än före 2008 års reform. Av detta skäl har regeringen gett TLV i uppdrag att etablera en prisjämförelsetjänst på tandvårdsområdet. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utforma och genomföra en pilotenkät till tandvårdspatienter i syfte att mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå.

Det finns indikationer på att tandvårdsmarknaden inte fungerar optimalt. Priskonkurrensen kunde vara större. Patienter har små möjligheter att ifrågasätta behandlare när det gäller t.ex. bedömning av vårdbehov och nödvändig behandling.

Referensprisernas och vårdgivarprisernas prisutveckling

Referenspriserna inom tandvårdsstödet har två syften: dels att underlätta för patienter att jämföra vårdgivarpriser, dels att ge staten möjlighet att ha kontroll över utgifterna.

För patienten ska referenspriserna vara vägledande för bedömning av om en vårdgivare är dyr eller billig. Tanken är att patienterna ska kunna vara prismedvetna konsumenter, vilket i sin tur gynnar konkurrensen och minskar risken för att patienter avstår från nödvändig tandvård. Vårdgivarna har ett långtgående ansvar att informera om vad en behandling förväntas kosta och om tandvårdsstödet.

På patientens kvitto ska referenspriset för varje debiterad åtgärd framgå. I en enkätstudie till behandlare inom tandvården uppgav dock endast 46 procent att de ofta eller alltid informerar patienterna om referenspriset och dess betydelse.

Referenspriset är avsett att vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt kostar. Patienten kan därigenom få en bild av vad som är ett rimligt pris för en viss åtgärd eller behandling. För att referenspriserna inte ska urholkas angavs det i förarbetena till 2008 års reform att de bör ses över och vid behov justeras. Prisjusteringen bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bl.a. utveckling av nya behandlingar och material.

Referenspriserna har ökat med cirka 12 procent sedan systemet infördes. Det finns en tydlig korrelation mellan referenspriserna och vårdgivarpriserna, dvs. vårdgivarpriserna tenderar att anpassa sig till referensprisernas utveckling. I sin granskning av tandvårdsreformen menade Riksrevisionen att referenspriserna blir kostnadsdrivande eftersom vårdgivarna justerar sina priser uppåt när referenspriserna höjs. Det uppstår också en tydlig ökning av vårdgivarpriserna strax efter att TLV justerat referenspriserna.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna och ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. De flesta vårdgivare prissätter sina åtgärder på eller nära nivån för referenspriset. År 2013 betalade drygt 60 procent av patienterna mellan 90 och 110 procent av referenspriset för sin tandvård. En fjärdedel av patienterna debiterades ett pris som låg mer än 10 procent över referenspriset och övriga 14 procent av patienterna betalade mindre än 90 procent av referenspriset.

Det har presenterats olika förklaringar till att vårdgivarnas prissättning följer referenspriserna. Riksrevisionen menar att referenspriserna fungerar som ett golv för prissättningen eftersom det saknas tydliga incitament att prissätta tandvårdsåtgärder under referenspriset, vilket riskerar att driva på prisutvecklingen.

Med fri prissättning kan den tandvårdskostnad som patienten slutligen betalar variera stort. Den del av tandvårdsgivarens pris som överstiger referenspriset får patienten stå för själv. Den oförutsägbarhet som detta innebär riskerar att särskilt påverka tandvårdskon-

sumtionen och därmed tandhälsan bland grupper med sämre ekonomiska förutsättningar.

Ytterligare en faktor som kan påverka patientens pris är s.k. abonnemangstandvård vilket erbjuds av Folktandvården och innebär regelbunden tandvård till fast pris för en period om tre år. Utöver den fasta premien, som vanligtvis betalas månadsvis, betalar patienten ingenting för den tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang. Vilken vård som ingår i avtalet och prissättningen skiljer sig delvis åt mellan landstingen. Genom riskgruppering anpassas premien, utöver den vård patienten förväntas konsumera, även till patientens risk att utveckla sjukdom eller andra skador i munnen.

Utredaren ska särskilt

- lämna förslag till hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna,
- pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa, samt pröva om det är motiverat med justeringar eller andra alternativ med beaktande av att systemet även fortsättningsvis ska erbjuda mångfald samt ge tandvårdspatienter goda möjligheter till valfrihet, och
- lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska analysera och redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) och 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Utredaren ska genomföra och redovisa beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna för staten, landstingen, kommunerna, vårdgivarna och tandvårdspatienterna av de förslag som lämnas. Vidare ska utredaren analysera och redovisa eventuella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen i enlighet med vad som anges i regeringsformen 14 kap. 3 §.

Samråd och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska samråda med aktörer som berörs av arbetet, inklusive statliga myndigheter, företrädare för professionen och kommun och landstingssektorn samt relevanta samhällsaktörer däribland patient- och brukarorganisationer. I sitt arbete ska utredaren beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget, däribland det reformarbete som utreds inom ramen för Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och i utredningen Ordning och reda i vården (S 2018:08). Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:1

Tilläggsdirektiv till utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 9 januari 2020

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 kommittédirektiv om ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa (dir. 2018:16). Uppdraget till utredningen utvidgas till att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningstiden förlängs och hela utredningens arbete ska samlat redovisas senast den 1 mars 2021.

Regionfinansierade selektiva tandvårdsstöd och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB)

För tandvård finns det för den vuxna befolkningen dels ett statligt finansierat tandvårdsstöd, dels ett regionfinansierat stöd för personer med behov av särskilda tandvårdsinsatser. För tandvård till de med särskilda behov betalar den enskilda patienten endast avgifter som motsvarar de inom öppen hälso- och sjukvård. Viss del av verksamheten är helt avgiftsfri för patienten. Vilken vård som omfattas av detta regleras i tandvårdsförordningen (1998:1338). Vid bedömningen av om en patient har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som kan ge rätt till regionfinansierad tandvård finns Socialstyrelsens föreskrifter om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (SOSFS 2012:17) som komplement till lag och förordning.

Den tandvård som omfattas av tandvårdsförordningen är oral-kirurgiska åtgärder, tandvård som led i sjukdomsbehandling, tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer, tandvård för utbyte av tandfyllningar samt uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa äldre och personer med funktionsnedsättning som omfattas av LSS eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Socialstyrelsens utvärdering

Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga tandvårdsbidraget (STB) samt lämna förslag på förbättringar. Socialstyrelsen presenterade sin rapport för regeringen i december 2018 ("Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget").

Resultaten av Socialstyrelsens utvärdering visar att det finns stora svårigheter i tillämpningen av dessa selektiva tandvårdsstöd. Utvärderingen visar att informationen om stöden inte når ut till och är undernyttjade av målgrupperna. En förklaring till detta kan vara att hälso- och sjukvården, kommuner och myndigheter inte alltid informerar om stöden. Både tandvården och hälso- och sjukvården har begränsad kunskap om hur STB och de regionfinansierade selektiva tandvårdsstöden fungerar. Såväl regioner som kommuner, myndigheter och patienter beskriver tandvårdssystemet och de selektiva stöden som komplexa och informationsansvaret som otydligt. En svårighet är att ansvaret för att sprida information om tandvårdsstöden är fördelat på flera olika aktörer och upplevs som splittrat av såväl patienter som aktörer. Sammanfattningsvis visar utvärderingen att dessa tandvårdsstöd är svåra att förstå och överblicka på grund av utformningen som består av såväl statlig finansiering som regionfinansiering och olika krav för att bli berättigad.

I sin rapport framför Socialstyrelsen sex huvudsakliga problem. Dessa är att administrationen är komplicerad och upplevs som betungande för vårdgivarna, att förfarandet kring läkarintyg för tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

beskrivs som krångligt och att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård inte erbjuds på lika villkor över hela landet. Vidare framförs det som ett problem att regioner och kommuner upplever att regelverken för de selektiva tandvårdsstöden är oklara och leder till tolkningsproblem, att de selektiva stöden inom regiontandvården endast har ett begränsat vetenskapligt stöd samt att det finns problem i samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård och kommunerna, särskilt när det gäller tandvårdsstöden ”uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård”.

I uppdraget till Socialstyrelsen ingick det att även utvärdera STB. STB är ett statligt bidrag med 600 kronor per halvår som kan användas för förebyggande tandvård om en person har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa och tillhör någon av de specificerade målgrupperna.

STB regleras i lagen om statligt tandvårdsstöd (2008:145) och i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Vid bedömning av om en patient har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som kan ge rätt till regionfinansierad tandvård finns Socialstyrelsens föreskrifter om STB (SOSFS 2012:16) som komplement till lag och förordning.

Socialstyrelsens utvärdering av STB visar att det är få patienter som tar del av STB sett i relation till det antal som beräknades vid införandet av bidraget 2013. Då uppskattades det att målgruppen skulle uppgå maximalt till cirka 285 000 personer. Användningen av STB har dock ökat årligen under 2013–2018. Under 2018 tog cirka 20 000 män och 43 000 kvinnor del av STB. Det finns en brist på kännedom om STB, både hos patienter och inom tandvården. En förutsättning för att patienter ska få tillgång till STB är att stödet är känt bland patienter, anhöriga och vårdgivare. Vidare finns grupper som har möjlighet att nyttja STB, men där förebyggande tandvårdsåtgärder inte bedöms vara tillräckliga.

Ekonomiskt utökat stöd för tandvård i samband med sjukdom, funktionsnedsättning och stora omsorgsbehov sänker tröskeln att söka tandvård. Det fyller därmed en funktion för den enskilde och kan bidra till en mer jämlik tandvård. Bedömningen är dock att regionerna upplever svårigheter med att tolka och tillämpa tandvårdsförordningen. Detta beror bland annat på att regelverket är otydligt med svårdefinierbara kriterier, vilket försvårar möjligheterna till likvärdiga bedömningar. Socialstyrelsen har tidigare utrett möjligheten

att utfärda kompletterande föreskrifter eller kunskapsstöd med ett förtydligande syfte, men har konstaterat att de behov av klargöranden och gränsdragningar som tandvårdsförordningens formuleringar ger upphov till inte är möjliga att möta med hjälp av normerande eller vägledande kunskapsstöd. Konsekvenserna av att varken de selektiva regionfinansierade tandvårdsstöden eller STB når fram till målgrupperna i önskad utsträckning medför en ökad risk för försämrad tandhälsa och allmänhälsa. I förlängningen kan detta leda till en sämre livskvalitet, stort lidande och höga kostnader för den enskilde samt höga samhällsekonomiska kostnader.

Regeringens bedömning

Regeringens bedömning är att utformningen av de selektiva regionfinansierade tandvårdsstöden och STB behöver genomgå en översyn och omfattande revidering för att de ska nå avsedda patienter samt bli lättare att tillämpa och följa upp mot en mer kunskapsbaserad, jämlik, jämställd och resurseffektiv tandvård.

Utredaren ska därför

- lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Förslagen ska omfatta såväl organisatoriska som finansiella aspekter som definition av målgruppen, stödets innehåll och omfattning samt hur kännedom om stöden kan öka bland patienter, anhöriga och vårdgivare. Utgångspunkten är att förslagen ska finansieras inom nuvarande ramar och att tandvårdssystemet ska bli mer resurseffektivt.

Konsekvensbeskrivningar

Utöver de konsekvensbeskrivningar som anges i de ursprungliga direktiven ska utredaren lägga särskild vikt vid att analysera och beräkna de dynamiska effekterna och bl.a. analysera hur dessa påverkas av att tandvården bedrivs av ett stort antal aktörer. Vidare ska utredaren särskilt analysera och redovisa konsekvenserna för kostnadskontrollen av utförd vård med syftet att minimera fusk och felaktiga utbetalningar. Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska omfatta hur förslagen förväntas påverka hur män respektive kvinnor tar del av tandvården.

Redovisning av uppdraget

Utredningstiden förlängs. Hela utredningens arbete ska samlat redovisas senast den 1 mars 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:115

Tilläggsdirektiv till Utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 5 november 2020

Utvidgning av uppdraget

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 kommittédirektiv om ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa (dir. 2018:16). Genom tilläggsdirektiv utvidgades uppdraget till att bl.a. föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser och utredningstiden förlängdes till den 1 mars 2021 (dir. 2020:1).

Uppdraget utvidgas. Utredaren ska nu även

- utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd.

Socioekonomi, tandhälsa och tandvårdsbesök

Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper.

Befolkningens självskattade tandhälsa varierar stort mellan olika inkomstgrupper och när det gäller skillnader i sysselsättning och utbildningsnivå. Personer med högre inkomster skattar sin tandhälsa som bättre än personer med lägre inkomster. Personer som är födda i Sverige och Norden upplever sin tandhälsa som bättre än övriga grupper. Sämst tandhälsa upplever personer som är födda utanför Europa.

I jämförelsen mellan grupper med olika utbildningsnivå är det tydligt att de med högre utbildningsnivå upplever sin tandhälsa som bättre jämfört med grupper med lägre utbildningsnivå.

Liknande hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper observeras även för livslängd, sjukfrånvaro och självskattad generell hälsa.

Även besöksfrekvensen skiljer sig stort mellan olika grupper i befolkningen. Personer med hög utbildningsnivå besöker tandvården oftare än personer med lägre utbildningsnivå. Lägsta besöksfrekvensen hade gruppen med förgymnasial utbildning. Andelen som regelbundet besöker tandvården stiger med inkomst. Personer i arbetslöshet och personer med sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd besöker tandvården i lägre grad jämfört med den övriga befolkningen.

Ekonomiska skäl att avstå från vård är tydligare inom tandvården än inom den ordinarie hälso- och sjukvården. Omfattande tandvårdsbehov kan medföra betydande kostnader för den enskilde. De för många människor höga kostnaderna inom tandvården har lett till att fler vuxna avstår från tandvård av ekonomiska skäl än från vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Att avstå från tandvård trots behov eller att endast söka tandvård vid akuta besvär kan leda till större akuta besvär, som t.ex. infektioner i tand eller käkben.

Inkomst har betydelse för både tandhälsa och tandvård. Personer med högre inkomst är i genomsnitt mer benägna att betala mer för sin tandvård än personer med lägre inkomst.

Mot bakgrund av det folkhälsopolitiska målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation är det viktigt att även inkludera tandhälsa i detta arbete. Insatser behöver genomföras på både kort och lång sikt, och med fokus på såväl främjande, förebyggande som behandlande perspektiv. Ett viktigt sätt att öka tillgängligheten till god tandvård för alla och därmed bidra till förbättrad tandhälsa i befolkningen är att sänka de ekonomiska trösklarna till tandvården.

Utredaren ska därför

- utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem.

(Socialdepartementet)

Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid

Bilagan beskriver utredningens förtydliganden och överväganden för målgruppen för det långvariga selektiva stödet, hur de ska kunna identifieras och vilken tandvård som föreslås ska ges. Stödet benämns i föreslagen lagstiftning selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. I kapitlet nyttjas vanligen begreppet långvarigt stöd för enkelhetens skull. I lag och tillhörande förordning beskrivs på en övergripande nivå vilka som ska få tillgång till stödet och vilken tandvård som översiktligt kan anses omfattas av begreppet basal tandvård. Därtill föreslås att föreskrifter tas fram av TLV vilka behöver innehålla mer detaljerade kriterier för de patientgrupper som ska kunna omfattas samt kring administrativ hantering vid identifiering av den enskilda patienten. Vidare ska föreskrifterna på motsvarande sätt som i det generella statliga tandvårdsstödet reglera vilka åtgärder som är berättigade till ersättning samt slå fast särskilda tillstånd och åtgärder som bara kan användas i det långvariga selektiva stödet. Föreskrifterna ska ange eventuella restriktioner för tillstånd och åtgärder samt fastställa om det finns situationer som ska kräva en särskild förhandsprövning. Föreskrifterna ska dessutom innehålla den fasta ersättning som lämnas till vårdgivaren. Föreskrifterna föreslås grunda sig på kunskapsunderlag som Socialstyrelsen tar fram för vilka patientgrupper som bör omfattas av tandvårdsstödet, för bedömningsfaktorer av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion vid olika medicinska sjukdomar samt för tandvårdens bedömningsfaktorer. Underlagen förväntas grundas på den bästa tillgängliga kunskap som kan hämtas i exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU:s kunskapsöversikter eller motsvarande. Vidare bör föreskrifterna kontinuerligt ses över och upp-

dateras för att följa den vetenskapliga utvecklingen inom medicin och odontologi.

Observera att bilagan endast beskriver utredningens förslag, som ett stöd för det fortsatta arbetet på myndighetsnivå, för vad som framtida föreskrifter med detaljerade regler bör innehålla. Den exakta tillämpningen kommer därefter att tydliggöras i dessa föreskrifter. Det innebär att avvikelser från denna bilaga kan komma att göras i detaljerna om myndigheterna finner skäl därtill.

Målgrupp för långvarigt selektivt stöd

Målgruppen är personer som har särskilda behov av tandvårdsinsatser på grund av långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som beror på allmänsjukdom, alternativt en medfött eller förvärvat tillstånd. Som förvärvat tillstånd kan även avses sådan nedsatt funktion som lett till ett långvarigt omfattande vård- och omsorgsbehov där personen behöver stöd i sin dagliga livsföring. Den nedsatta funktionen kan riskera att väsentligt försämra en persons orala förmåga och munhälsa genom väsentligt försämrade förutsättningar att

- vidmakthålla sin munhälsa genom att inte kunna utföra munhygien eller ha tillräcklig självrengöring av munhålan, alternativt
- genomgå tandvårdsbehandling.

Utredningens mål har varit att skapa ett tandvårdsstöd som riktas till de personer som har störst behov. Därmed har stödet förutsättningar att bli jämlikt. I linje med detta skulle det vara önskvärt att alla personer som uppfyller kraven att ha svårigheter att vidmakthålla sin munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling har tillgång till stödet oavsett diagnos. Ytterst sätter dock den ekonomiska ramen gränsen för hur många som kan bli berättigade till stöd. För alla patienter gäller dock, enligt utredningens förslag, att en riskbedömning ska göras inom tandhälsoplan där allmänmedicinska diagnoser och tillstånd som påverkar munhälsan ska vägas in. Personer som har en allmänmedicinsk diagnos som inte är av tillräcklig svårighetsgrad för att ge tillhörighet till långvarigt selektivt stöd kan få förebyggande insatser via tandhälsoplanen.

Utredningen föreslår att tandvården ska ha en ökad roll i att hitta patienter som bör omfattas av långvarigt selektivt stöd för basal tandvård. Under ett tandvårdsbesök har tandvården goda förutsättningar att kunna bedöma hur patienten klarar att genomföra en behandling. Tandvården kan även få en uppfattning om hur effektivt munhygien utförs och hur väl självrengöringen av munhålan fungerar. Om tandvården genom revisionstadvård kan följa samma individ under längre tid finns dessutom möjlighet att tidigt upptäcka när en förändring har inträffat hos patienten, exempelvis att personen i tandvårdsstolen inte längre håller samma munhygien eller börjar utebli från besöken och behöver särskild påminnelse. I dag har tandvården ingen sådan funktion samtidigt som tandvården har de bästa möjligheterna att utföra en bedömning av ifall en person har väsentligt försämrade svårigheter att utföra munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. Detta är inget som hälso- och sjukvården naturligt kan uttala sig om. Utredningens förslag innebär därför att tandvården bör vara en part som initierar en prövning av långvarigt selektivt stöd.

Att enbart låta tandvårdens bedömning av dessa faktorer vara vägen in i stödet har utredningen inte funnit vara ett möjligt alternativ av flera orsaker:

- Tandvårdsstödet ska ges till den person som har störst behov. Förslaget om ett långvarigt selektivt stöd riktar sig till en målgrupp som har behov av särskilda tandvårdsinsatser på grund av sin nedsatta funktion beroende på allmänsjukdom eller en nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion. Det är således inte tillräckligt att en person har stora svårigheter att utföra sin orala egenvård, eller genomgå en tandvårdsbehandling, utan det behöver finnas ett samband med en allmänmedicinsk nedsatt funktion. Denna nedsatta funktion ska bedömas av någon som har kunskap därom.
- Det kan finnas risk för överutnyttjande om enbart tandvården identifierar tillhörighet eftersom tandvården kan gagnas ekonomiskt av stödet eller uppleva en stor förväntan från patient eller närstående att intyga funktionsnedsättning i det direkta mötet. Hälso- och sjukvården och kommunala verksamheter blir en tredje part som kan intyga utan egna ekonomiska intressen.

- Utredningens direktiv har varit att föreslå ett tandvårdssystem som ryms inom de nuvarande systemens ekonomiska ramar. Om enbart tandvårdens bedömning är tillräcklig alternativt om alla ICD-10-diagnoser berättigar till stödet under förutsättning att diagnosen lett till en nedsatt funktion är utredningens bedömning att fler patienter inkluderas än vad som ryms inom ekonomisk ram.

Utredningens förslag är därför att två andra verksamheter ska intyga för att personen med behov ska få tillhörighet till stödet; hälso- och sjukvården alternativt kommunala verksamheter. Antingen kan kommunala verksamheter intyga behovet av selektivt stöd utifrån ett omfattande vård- och omsorgsbehov. Alternativt kan hälso- och sjukvården intyga tillhörighet utifrån diagnos i enlighet med ICD-10 i kombination med nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion och för dessa patienter krävs även intyg från tandvården om funktionsnedsättningen påverkar patientens förmåga att klara sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Utredningen gör bedömningen att om kommunala verksamheter ser att en person har omfattande behov av vård och omsorg så behövs ingen ytterligare bedömning av tandvården. En klar majoritet av personkretsen har väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling och det vore därför inte kostnadseffektivt att även kräva att tandvården gör en bedömning därav. Patientgruppen bedöms vara ungefär 80 procent av patienterna inom stödet för basal tandvård och detta besparar såväl Försäkringskassan som tandvården avsevärd administration. Däremot behöver tandvården ha möjlighet att initiera en prövning i det fall inget intyg inkommer ifrån den kommunala verksamheten. Det är även av vikt att tandvården får träffa patienten som fått tillhörighet till stödet för att i tid hjälpa till att bevara munhälsan. Personer som vårdas av anhörig kan likväl vända sig mot hälso- och sjukvården för att få ett intygande om tillhörighet till stödet enligt förfarandet nedan.

Nedsatt fysisk psykisk eller kognitiv funktion på grund av allmänsjukdom eller tillstånd

ICD-10 diagnosgrupp

I dagens särskilda tandvårdsstöd finns ett stöd vid långvarig sjukdom och funktionsnedsättning. Stödet riktar sig till elva specifika sjukdomsdiagnoser eller tillstånd. En läkare ska intyga att patienten har diagnosen/tillståndet samt att funktionsnedsättningen är svår till fullständig inom vissa områden, exempelvis kognitiva funktioner eller rörelseförmåga. Utöver detta ska läkaren bedöma förmågan att utföra munhygien och genomgå tandvårdsbehandling.

I Socialstyrelsen utvärdering år 2018 påtalas att det vetenskapliga stödet för samband mellan allmän hälsa och oral hälsa för de diagnoser som ingår i dagens regionala stöd är svagt. Utredningen anser att trots det svaga vetenskapliga underlaget är nuvarande diagnoser fortsatt relevanta men alltför begränsade. Personer med näraliggande diagnoser kan ha lika svåra funktionsnedsättningar men ändå inte ha möjlighet att få regionens tandvårdsstöd i dag. I stället för dagens system med enskilda diagnoser föreslår utredningen diagnosgrupper utifrån WHO:s Internationella Sjukdomsklassifikation ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). För att få tillhörighet ska personen ha en diagnos som ingår i en i stödet upptagen diagnosgrupp och dessutom ha en funktionsnedsättning av tillräcklig svårighetsgrad och varaktighet. Om kraven för långvarigt selektivt stöd uppfylls ska patienten få stöd oavsett det finns ett aktuellt tandvårdsbehov eller inte. Det innebär att patienten inte behöver vänta tills munsjukdomar uppkommit innan han eller hon kan få del av stödet.

Utredningens förslag utgår från de diagnoser som inkluderas i nuvarande stödet men utvidgar på så sätt att hela den undergrupp som diagnosen tillhör föreslås inkluderas i stödet. Exempelvis innebär det att i stället för att i stödet ange diagnosen Parkinson inkluderas gruppen basalganglionsjukdomar och rörelserubbningar (G20-G26). Många av dagens gränsdragningsproblem mellan liknande sjukdomar bedöms därmed minska betydligt. Det kan dock inte uteslutas att det finns andra ICD-10 diagnoser som utifrån patientens funktionspåverkan skulle vara relevanta att inkludera i stödet. Den utvidgning som föreslås bedöms vara möjlig att genomföra inom given ekonomisk ram. En översikt av ICD-10-diagnosgrupperna

visas i tabellen nedan. Att slutgiltigt och i detalj ta fram vilka diagnosgrupper som kan ligga till grund för långvarigt stöd blir ett uppdrag till ansvariga myndigheter, där Socialstyrelsen tar fram kunskapsunderlag som TLV bearbetar och infogar i föreskrifter om stödet.

Tabell 1 Genomgång av vissa ICD-10 grupper

ICD-10	Huvudgrupp Undergrupp	Sjukdom, funktionsnedsättning
C, D	Tumörer <i>Vissa diagnoser föreslås ingå</i>	33 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd Tumörer i ansikte och munhåla kan leda till orofacial funktionsnedsättning
E	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningssjukdomar <i>Vissa diagnoser föreslås ingå</i>	70 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd
F	Psykiska sjukdomar/syndrom och beteendestörning <i>Alla undergrupper föreslås ingå</i>	Ex. psykossjukdomar, demens En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd
G	Sjukdomar i nervsystemet <i>Vissa undergrupper föreslås ingå såsom</i> – Systematiska atrofier – Basalgangliesjukdomar och rörelserubbingar – Andra degenerativa sjukdomar i centrala nervsystemet – Myelinförstörande sjukdomar – Cerebral pares och andra förlamningsyndrom	59 diagnoser klassas som sällsynt hälsotillstånd Ex. ALS Ex. Parkinsons sjukdom Ex. Alzheimer Ex. Multipel skleros
H	Sjukdomar i ögat och närliggande organ <i>Vissa diagnoser föreslås ingå</i>	6 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd
I	Cirkulationsorganens sjukdomar <i>Vissa undergrupper föreslås ingå</i> <i>I61-63, I69 Sjukdomar i hjärnans kärl</i>	4 diagnoser klassas som sällsynt hälsotillstånd Resttillstånd efter stroke
J	Andningsorganens sjukdomar <i>Vissa diagnoser föreslås ingå</i>	2 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd
L	Huden och underhudens sjukdomar <i>Vissa diagnoser föreslås ingå</i>	3 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd

ICD-10	Huvudgrupp Undergrupp	Sjukdom, funktionsnedsättning
M	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven <i>Vissa undergrupper föreslås ingå</i> – M05-09 Inflammatoriska polyartriter – M20-21 Deformiteter – M30-36 Inflammatoriska system-sjukdomar	11 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd Ex. reumatoid artrit Ex. SLE, sklerodermi, Siccasyndromet
N	Sjukdomar i urin- och könsorganen <i>Viss diagnos föreslås ingå</i>	En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd
P	Vissa perinatale tillstånd <i>Viss diagnos föreslås ingå</i>	En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd
Q	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelse <i>Vissa diagnoser föreslås ingå</i>	127 diagnoser klassas som sällsynt hälsotillstånd Kan ge orofacial funktionsnedsättning
T	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre skador <i>Viss diagnos föreslås ingå</i>	En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd

I ovanstående grupper, samt även inom andra ICD-10-grupper, kan det finnas ytterligare exempel på orofacial funktionsnedsättning, eller sällsynta hälsotillstånd, som utredningen inte omnämnt.

C, D Tumörer

Tumörer i ICD-10 klassificeringen omfattar grupperna C och D. Grupp C delar in maligna tumörer efter lokalisation. Grupp D klassificerar godartade tumörer samt sjukdomar i blodbildande organ. Maligna sjukdomar, även i munhålan, behandlas inom sjukvården. Om odontologisk behandling krävs i akut eller subakut fas av sjukdomen kan regionalt tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården alternativt viss behandling under viss tid vara aktuell för patienten. Utredningen föreslår att långvarigt selektivt stöd kan ges om tumörsjukdomen orsakat varaktig orofacial funktionsnedsättning, F9 i nuvarande stöd. I gruppen finns även 33 diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd (nuvarande F 11) se vidare nedan.

*E Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar
och ämnesomsättningssjukdomar*

Inom gruppen klassificeras endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar. Här finns 70 diagnoser som klassas som sällsynta hälsotillstånd (nuvarande F11). Förutom dessa tillstånd bedömer utredningen att det inte torde finnas diagnoser som bör berättiga till långvarigt selektivt stöd.

F Psykiska sjukdomar och syndrom och beteendestörning

Utredningen föreslår att alla diagnoser inom huvudgruppen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendesjukdomar kan komma i fråga för långvarigt selektivt stöd vid svår psykisk funktionsnedsättning. Till gruppen hör demens, psykisk sjukdom, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning, autism och aktivitets-/uppmärksamhetsstörningar. Till gruppen hör även det sällsynta hälsotillståndet Retts syndrom. Exempel på psykiska sjukdomar kan vara psykos, bipolär sjukdom, ångestsjukdomar och paranoidea sjukdomstillstånd. Psykisk sjukdom medför oftast en kognitiv funktionsnedsättning som kan innebära koncentrationsproblem, svårigheter att sköta dagliga rutiner, att komma ihåg överenskomna tider och kan leda till initiativlöshet. En följd av detta blir ofta att det blir svårt att upprätthålla dagliga munvårdsrutiner och kontakter med tandvården. Patienter med svåra långvariga psykiska funktionsnedsättningar kan därför vara i behov av selektivt långvarigt stöd. Personer där tandvårdsfobi är den huvudsakliga orsaken till funktionsnedsättningen hänvisas till regionernas tandvårdsstöd för att få behandling för sin tandvårdsfobi för att därefter kunna genomgå tandvårdsbehandling.

Flera av dessa diagnoser kan även innebära att patienten uppfyller kraven för att ingå i det långvariga stödet genom att ha omfattande vård- och omsorgsbehov som intygas av kommunen. För vissa av dessa patienter kan möjligheten att erhålla tillhörighet via olika vägar vara viktig för att inte falla utanför det selektiva tandvårdsstödet:

1. F 00–03 omfattar demens av olika slag. De flesta patienter med demens har stora omsorgsbehov och identifieras av kommunala verksamheter. Men för en patient som fått en diagnos men som inte har tillräcklig omvårdnad från kommunen för att uppfylla kriterierna för omfattande vård- och omsorgsbehov kan patienten i stället provas in till det selektiva stödet via intyg från sjukvården om funktionsnedsättningen är tillräckligt stor och tandvårdens bedömning bekräftar svårighet att sköta munhygien eller klara tandvårdsbehandling. Detta kan vara en möjlighet att få selektivt tandvårdsstöd i tidigare skede av sjukdomen och därigenom kunna förhindra utveckling av munsjukdomar.
2. F 70–99 omfattar psykisk utvecklingsstörning, autism, aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (dvs. neuropsykiatriska diagnoser) med flera. Dessa personer har hittills fått nödvändig tandvård inom regionens tandvårdsstöd genom att de omfattas av LSS-lagstiftningen. Enligt utredningens förslag ska dock inte personer med små vård- och omsorgsbehov inom LSS få tillhörighet till stödet per automatik men de har i stället möjligheten att provas för selektivt stöd via ICD-10-diagnos och ett intyg från sjukvården om de har en funktionsnedsättning av viss omfattning. Förutom sjukvårdens intyg behövs tandvårdens bedömning om svårigheter att klara munhygien eller tandvårdsbehandling.
3. Personer med ätstörningsproblematik (F50) kan få tandvård inom stödet viss behandling under viss tid, men om tillståndet är allvarligt och långvarigt samt funktionsnedsättningen omfattande skulle patienten i stället kunna få långvarigt selektivt stöd. Även här krävs i dessa fall en bedömning utav tandvården om förmågan att sköta munhygien eller klara tandvårdsbehandling.

G Sjukdomar i nervsystemet

Flera sjukdomar i nervsystemet ingår redan i dagens särskilda tandvårdsstöd. Det gäller Parkinsons sjukdom (nuvarande F2), multipel skleros (nuvarande F3), cerebral pares (nuvarande F4) och ALS (nuvarande F8). Parkinsons sjukdom innebär motoriska störningar i form av stelhet och skakningar. Multipel skleros (MS) innebär skakningar och muskeldysfunktioner på grund av skador som fortskrider i hjärna och ryggmärg. ALS är en grupp sjukdomar som leder

till att muskler förtvinar eftersom de inte får impulser från skadade nerver. Alla tre sjukdomarna är progredierande och utvecklas ofta till svåra funktionsnedsättningar. Cerebral pares är ett samlingsnamn för följdillstånd efter skador i hjärnan under fostertiden eller nyföddhetsperioden. Sjukdomen innebär förhöjd muskeltonus, spasticitet, nedsatt balans och svårigheter att koordinera musklerna. Alla tillstånd innebär att munmotoriken påverkas med svårigheter att tugga, svälja och sköta munvården. Muskeldysfunktioner och påverkad gapförmåga försvårar möjligheten att genomföra tandvårdsbesök.

Utredningen har uppfattningen att ovan beskrivna diagnoser ska fortsatt tillhöra det selektiva långvariga stödet men i stället för att exempelvis enbart diagnosen Parkinsons sjukdom ska berättiga till selektivt stöd föreslår utredningen att hela gruppen basalganglie-sjukdomar och rörelserubbningar (G20–26) ska berättiga till stödet. Diagnoser med en liknande sjukdomsbild och funktionsnedsättning som Parkinsons sjukdom kan därmed få tillgång till stödet, under förutsättning att de även uppfyller de odontologiska kriterierna om försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling. En liknande hantering föreslås för de övriga diagnoserna inom huvudgruppen G Sjukdomar i nervsystemet. Gruppen G10–14, Systemiska atrofier med diagnosen ALS omfattar även exempelvis Huntingtons sjukdom och spinal muskelatrofi. Gruppen G 35–37 Myelinförstörande sjukdomar omfattar förutom MS även andra myelinförstörande tillstånd. Gruppen G 80–83 Cerebral pares och andra förlamningssyndrom omfattar förutom CP ett antal andra parestillstånd. Förutom de diagnosgrupper som nämns ovan innehåller huvudgruppen 59 diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. Genom att inkludera sjukdomar som ger liknande symtom och funktionsnedsättningar bedömer utredningen att gränsdragningsproblematik mellan sjukdomsdiagnoser kan minska och tandvårdsstödet bli mer jämlikt.

H Sjukdomar i ögat och närliggande organ

I gruppen återfinns sex diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. Förutom dessa tillstånd bedömer utredningen att det inte torde finnas diagnoser som bör berättiga till långvarigt selektivt stöd i denna grupp.

I Cirkulationsorganens sjukdomar

I gruppen Cirkulationsorganens sjukdomar finns diagnoser, I 61–63 och 69, som används då patienten drabbas av stroke. Sjukdomen beror i cirka 85 procent av fallen på hjärninfarkt och i 15 procent på hjärnblödning. Symtom som uppkommer kan vara förlamning eller känselbortfall i del av kroppen, talsvårigheter och svårt att förstå tal och instruktioner. Exempel på kvarstående symtom som påverkar munnens funktioner kan vara nedsatt oralmotorik, sväljningssvårigheter, känselbortfall och ansiktsförlamning. I dag kan patienter få regionalt tandvårdsstöd om svåra resttillstånd efter stroke finns kvar sex månader efter insjuknandet. Detta för att man vill avvakta tills rehabilitering har förbättrat patientens tillstånd så att den funktionsnedsättning som kvarstår kan förväntas vara bestående. Företrädare för det nationella kvalitetsregistret Riksstroke har vid förfrågan från utredningen uppgett att tre månader är en mer lämplig tidpunkt för att kunna göra en rimligt säker bedömning av behovet av tandvårdsstöd eftersom den förbättring som rehabilitering kan åstadkomma oftast inträffar inom den tidsperioden.¹ Utredningen föreslår därför att en prövning av selektivt stöd bör kunna ske tre månader efter insjuknandet. Genom att vänta längre än nödvändigt riskeras en försämrad tandhälsa. I gruppen finns även fyra diagnoser som kan hänföras till sällsynta hälsotillstånd.

J Andningsorganens sjukdomar

I gruppen finns två diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. För övrigt gör utredningen bedömningen att det inte finns diagnoser i grupp J som bör komma i fråga för långvarigt selektivt stöd.

L Hudens och underhudens sjukdomar

I gruppen återfinns tre diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. Förutom dessa tillstånd bedömer utredningen att det inte torde finnas diagnoser som bör berättiga till långvarigt selektivt stöd i gruppen.

¹ Konversation med företrädare för Riksstroke, epost 2020-07-14.

M Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

Vissa sjukdomar som tillhör gruppen sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven ingår redan i dag i det regionala särskilda tandvårdsstödet. Det gäller reumatoid artrit (nuvarande F5) som är en inflammatorisk ledsjukdom som ger smärta, stelhet och felställningar. Svårigheter att greppa föremål ger problem med att sköta munhygien. En annan diagnos är systemisk lupus erythematosus, SLE (nuvarande F6), som är en kronisk inflammatorisk reumatisk sjukdom som leder till led- och muskelvärk men som även kan ge psykiska symtom. Även diagnosen sklerodermi (nuvarande F7) ger rätt till regionalt tandvårdsstöd i dag. Det är en ovanlig reumatisk bindvävssjukdom med försämrat immunförsvar och ökad bindvävsproduktion i hud och inre organ. Alla beskrivna sjukdomar kan ge reducerad rörlighet i händerna och sväljningsproblem.

Utredningen menar att de sjukdomar i gruppen som i dag har regionalt tandvårdsstöd även ska ges möjlighet till selektivt stöd fortsättningsvis. För att minska gränsdragningseffekter som kan uppstå när sjukdomar med liknande symtom och svårighetsgrad inte blir berättigade till stödet föreslår utredningen att en diagnosgrupp i stället för enskild diagnos utgör grund för det selektiva stödet. Exempelvis bör gruppen Inflammatoriska polyartriter M 05–09 ge möjlighet att få selektivt stöd och då ingår seropositiv reumatisk artrit precis som i dag men även ledsjukdomar vid psoriasis. På liknande sätt bör diagnosgruppen Inflammatoriska systemsjukdomar M 30–36 inkluderas där SLE och sklerodermi ingår men även Sicca-syndromet (Sjögrens syndrom). De patienter som har en omfattande funktionsnedsättning enligt sjukvårdens intyg och om tandvården bedömer svårighet att utföra munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling ges möjlighet att få selektivt långvarigt tandvårdsstöd. Utöver de beskrivna diagnosgrupperna ovan finns 11 diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd.

Q Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser

I denna grupp återfinns 127 diagnoser som kan hänföras till sällsynta hälsotillstånd. För vissa diagnoser i gruppen bedömer utredningen att långvarigt selektivt stöd kan ges om tillståndet orsakat en varaktig orofacial funktionsnedsättning.

*N Sjukdomar i urin- och könsorganen, P Vissa perinatala tillstånd,
T Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker*

I vardera av dessa tre grupper finns en diagnos som hör till sällsynta hälsotillstånd. För övrigt bedömer utredningen att det inte finns diagnoser i grupperna som bör komma i fråga för långvarigt selektivt stöd.

Bedömning av sällsynta hälsotillstånd

Sällsynta hälsotillstånd innebär att färre än 100 personer per en miljon invånare har tillståndet. Det är alltså ytterst få som har den enskilda diagnosen men eftersom det finns mer än 300 sällsynta diagnoser utgör patienterna cirka 1–2 procent av befolkningen. Alla sällsynta diagnoser har en ICD-10-kod vilket gör det möjligt att identifiera aktuella koder och därefter göra urvalet av personer som kan vara berättigade till stödet. Socialstyrelsens har en databas för Sällsynta hälsotillstånd där 322 diagnoser finns listade, alla identifierade med en ICD-10-diagnos. I nuvarande regelverk har personer med sällsynta diagnoser möjlighet att få ta del av det särskilda tandvårdsstödet (F11) under förutsättningen att personen har stora svårigheter att sköta sin munhygien, stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling eller har orofacial funktionsnedsättning. Många av personerna med sällsynta diagnoser har dessutom stöd från kommunen genom socialtjänstlagen eller LSS och kan därför även vara berättigade till stödet i dag genom att omfattande omsorgsbehov.

Utredningen anser att personer med sällsynta hälsotillstånd ska ha tillgång till förslaget om ett selektivt långvarigt stöd. Sjukvården ska intyga en ICD-diagnos och funktionsnedsättningens svårighetsgrad medan tandvården intygar svårigheten att sköta munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling.

Bedömning av orofacial funktionsnedsättning

Orofacial funktionsnedsättning kan bero på medfödda defekter, deformiteter och kraniala missbildningar. Även förvärvade ansikts- och käkdefekter, exempelvis efter tumörer och trauma, facialis-pareser som påverkar oral motorik oavsett orsak, strikturer och ärr-

vävnad som försvårar gapning och tandvårdsbehandling hör till gruppen. Tillståndet berättigar till särskilt tandvårdsstöd i nuvarande regionala tandvårdsstöd (F9).

Tillståndet orofacial funktionsnedsättning har sin grund i en allmänmedicinsk sjukdom eller medfött eller förvärvat tillstånd. Precis som för övriga ovan beskrivna grupper ska ett intyg från sjukvården ange en specifik diagnos och svårighetsgraden av funktionsnedsättningen. Utredningen anser således att det inte är tillräckligt att en person har stora svårigheter att utföra munvård, ha nedsatt gapförmåga eller förmåga att tugga och svälja eller genomgå tandvårdsbehandling utan det ska finnas ett samband med en sjukdom eller medfött eller förvärvat tillstånd. Dock kan ingen specifik ICD-10-diagnos kopplas till tillståndet orofacial funktionsnedsättning utan alla diagnoser som kan utgöra grundorsak till tillståndet bör kunna berättiga till det långvariga selektiva stödet. Utredningen föreslår att en orofacial funktionsnedsättning som ger tillräcklig nedsättning av funktionen bedömd av sjukvården såsom ett medfött eller förvärvat tillstånd och av tandvården bedömd medföra svårigheter att vidmakthålla munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling bör berättiga till selektivt stöd om funktionsnedsättningen är tillräckligt omfattande. Detta är i linje med hur tillståndet hanteras i dagens stöd.

Omfattande vård- och omsorgsbehov

Nuvarande regelverk

I dagens särskilda tandvårdsstöd inom regionerna finns nödvändig tandvård som beskrivs i 8 a § tandvårdslagen. Uppsökande verksamhet och erbjudande om nödvändig tandvård ska erbjudas de som antingen omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som omfattas av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § i HSL, får hälso- och sjukvård i hemmet, eller är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg.

Förhållanden för personer inom LSS beskrivs i eget avsnitt nedan.

Hur stort omsorgsbehovet ska vara för att berättiga till särskilt tandvårdsstöd har alltsedan reformen infördes 1999 varit förenat med en osäkerhet. Dock erhöles viss klarhet genom ett numera arkiverat meddelandeblad från Socialstyrelsen 2004 som beskrev att tillsyn skulle krävas minst tre gånger per dygn samt natttillsyn. Trots att meddelandebladet återkallats används det enligt Socialstyrelsens utredning 2018 fortfarande av alla regioner utom två, för att definiera begreppet omfattande vård- och omsorgsbehov.

Diskussion om utredningens överväganden

En person som har omfattande vård- och omsorgsbehov har vanligen en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion. En person med omfattande vård- och omsorgsbehov har även vanligen svårigheter att hantera sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling.

Betydande tandvårdssubventioner utgår från begreppet omfattande vård- och omsorgsbehov och därför bör det finnas en fastställd definition. Utredningens förslag, som skiljer sig marginellt ifrån Socialstyrelsens tidigare arkiverade version, är en definition som innebär att patienten ska ges personlig omvårdnad under minst fyra gånger per dygn, oavsett om detta sker dag- eller nattetid och oavsett vem som genomför omvårdnaden. Utredningen anser att en definition som är tydlig, relevant och användbar i den praktiska bedömningssituationen är viktig för att personer med behov ska få tillgång till tandvårdsstödet. Nuvarande nivå vad gäller krav på omsorgsnivå anser utredningen vara rimlig. Definitionerna ska förstås utformas så att rätt personer identifieras men eftersom de allra flesta personer som kan komma att tillhöra det långvariga stödet har progredierande tillstånd bedömer utredningen att man hellre får acceptera att någon får tillhörighet för tidigt på grund av oklart omsorgsbehov än att personer med behov för sent identifieras som berättigade med risk för raserad munhälsa som följd.

Utredningen anser att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov även fortsättningsvis ska kunna identifieras för selektivt tandvårdsstöd utan att ha en verifierad ICD-10-diagnos med efterföljande bedömning av funktionsnedsättning.

Omsorg kan ges med stöd av SoL eller HSL men även ges av närstående. Dock kan den person som har omsorgsstöd från kommunen som inte är av tillräcklig omfattning men som har en definierad ICD-10-diagnos, exempelvis Alzheimers sjukdom, få möjlighet att prövas för det långvariga selektiva stödet via ett intyg från hälso- och sjukvården om övriga krav för berättigande är uppfyllda, dvs. tillräcklig svårighetsgrad på funktionsnedsättningen och tandvårdens intyg om oförmåga till att upprätthålla munhygien eller genomföra tandvårdsbehandling. Personer med boendebeslut, exempelvis särskilt boende eller boendestöd inom LSS, ska anses ha tillräckligt omfattande omsorgsbehov för att komma i fråga för det selektiva stödet så till vida personen inte enbart är medboende och således inte har ett eget biståndsbeslut.

Omsorgsbehov som omhändertas via närstående

Utredningen gör bedömningen att det finns personer som uppfyller de behov som anges för att få tillhörighet för långvarigt selektivt stöd för basal tandvård men som riskerar att inte identifieras via de kanaler som beskrivs ovan. Främst gäller det äldre personer som får sitt omsorgsbehov via närstående men kan även gälla yngre personer med omfattande funktionsnedsättning som vårdas i hemmet av närstående i stället för att omfattas av LSS. Kommunen föreslås ha en definierad kontaktväg för dessa personer och deras närstående så att deras omsorgsbehov kan bedömas och intygas till Försäkringskassan.

Omfattas av LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) är en rättighetslag som ska ge personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar stöd genom olika insatser. De personkretsar som lagen omfattar är personer med:

1. Utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. Med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller

3. Med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

De två första personkretsarna bygger på medicinska tillstånd och den tredje på svårigheter i livsföringen. Utifrån behov kan individen beviljas en eller flera av nio insatser efter beslut av kommunen:

- Personlig assistans
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Avlösarservice
- Korttidsvistelse
- Korttidsstillsyn
- Boende barn
- Boende vuxna
- Daglig verksamhet.

Kommunen är huvudman för insatserna som beskrivs ovan, men när det gäller personlig assistans är ansvaret delat mellan kommunerna och staten. Det finns ytterligare en insats, ”Rådgivning och annat personligt stöd” och där är det regionen som genom habiliteringsverksamheten är ansvarig. Insatsen ges sällan utifrån LSS utan den enskilde får sin habilitering utifrån HSL. Totalt fick 58 278 personer 20 år och äldre minst en LSS-insats år 2019. Antalet som får insatser ökar varje år, men ökningen kan till viss del förklaras av befolkningsökningen.²

I dagens regionala särskilda tandvårdsstöd har personer som omfattas av LSS rätt till nödvändig tandvård. Tandvårdsförordningen ställer inga krav på att funktionsnedsättningen eller LSS-insatserna ska ha en viss omfattning för att personen ska ha rätt till nödvändig tandvård. Nationellt finns i dag tre olika bedömningar i de regionala anvisningarna av hur kriteriet ’omfattas av LSS’ ska tolkas. I vissa regioner ställs kravet att personen ska ha haft en beviljad insats och i

² Socialstyrelsen, Kunskapsguiden.

vissa regioner krävs dessutom att insatsen ska vara pågående. Man har då gjort bedömningen att man ska ha ett varaktigt behov av omsorgsbehovet för att vara berättigad till regionalt särskilt tandvårdsstöd. Troligen har de flesta med LSS-insats stora behov av hjälp för att klara den dagliga livsföringen som inkluderar svårigheter att sköta munhygien eller klara tandvårdsbehandling. Däremot, när det gäller personer med mindre LSS-insatser har utredningen fått signaler från flertalet regioner att personer med insatser såsom kontaktperson och ledsagare inte alltid har tillräckliga behov för att vara berättigade till särskilt tandvårdsstöd utifrån kriteriet stort omsorgsbehov.

Utredningens förslag innebär därför att personer med enbart de mindre LSS-insatserna ledsagare och kontaktperson inte med automatik ska anses uppfylla kraven för det långvariga selektiva stödet för basal tandvård. Detta gäller även om personen enbart har regionens insats rådgivning och annat personligt stöd. I stället får deras behov av stödet prövas genom intyg från hälso- och sjukvården utifrån den medicinska diagnosen med efterföljande bedömning av svårighetsgrad samt tandvårdens intyg om svårigheter att vidmakthålla sin munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling. Om personen inte bedöms uppfylla kravet för selektivt stöd genom sjukvårdens eller tandvårdens bedömning kan personen få undersökning och förebyggande besök inom tandhälsoplan.

År 2019 fanns det 14 722 personer som enbart hade LSS-insatserna ledsagare och/eller kontaktperson. Hur många av dessa som tagit del av nödvändig tandvård har utredningen inte kunskap om men av det totala antalet vuxna med LSS-tillhörighet hade 59 procent fått nödvändig tandvård år 2019. I sina beräkningar har utredningen antagit att 2/3 av de personer med mindre LSS-insatser skulle ha efterfrågat nödvändig tandvård och av de som fått nödvändig tandvård skulle 80 procent besökt tandvården varje år. Av dessa antas hälften (3 945 personer) få tillhörighet till långvarigt selektivt stöd för basal tandvård via intyg från sjukvården och den andra halvan hänvisas till tandhälsoplan.

Intygens innehåll, utformande och hantering

Utredningen föreslår att såväl hälso- och sjukvården, kommunala verksamheter och tandvården ska ha till uppgift att identifiera personer som kan vara berättigade till det selektiva tandvårdsstödet för

basal tandvård. Berörda parter intygar det som de är bäst på att bedöma. Intygen ska vara enkla att fylla i och hanteras administrativt via IT-system. Försäkringskassan ges uppdraget att grundat på Socialstyrelsens kunskapsunderlag ta fram intygsblanketter och integrera dem i sina IT-system.

Försäkringskassan är även den mest lämpade parten att sammanhålla ansökningsprocessen genom att myndigheten även föreslås vara beslutande instans för selektivt stöd. När ett intyg inkommer till Försäkringskassan är detta en signal för myndigheten att öppna ett ärende om att en ansökan om selektivt tandvårdsstöd påbörjats. Slutligen får patienten ett beslut från Försäkringskassan med vad som omfattas av det selektiva tandvårdsstödet, alternativt en förklaring till varför tillhörighet inte medges. Beslutet om tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd gäller omedelbart. Om intyg enbart inkommer från en part skickar Försäkringskassan en påminnelse till patienten, därefter stängs ärendet efter en viss tid om behövlig dokumentation inte inkommer. Skulle intyget inkomma senare kan Försäkringskassan åter öppna ärendet och fatta beslut om tillhörighet. Utredningen föreslår att tidsrymden för att ett ärende åter ska kunna öppnas, och det ursprungliga intyget fortfarande är giltigt, bör kunna vara upp till två år. Detta eftersom personerna som är aktuella för det långvariga selektiva stödet ofta har omfattande, progredierande funktionsnedsättningar och svåra sjukdomar vilket gör att fördröjning av besöken i hälso- och sjukvården och tandvården kan vara vanliga.

Kommunala verksamheters intyg

De kommunala verksamheterna identifierar de personer som har ett omfattande vård- och omsorgsbehov. Omsorg kan ges med stöd av SoL, HSL eller LSS men även utföras av närstående. Personerna kan befinna sig på ett särskilt boende, ha boendestöd inom LSS eller bo i eget boende med stöd från hemtjänst, hemsjukvård eller närstående. Utredningen föreslår en definition av omfattande omsorgsbehov som innebär att patienten ska ges personlig omvårdnad under minst fyra gånger per dygn. De kommunala verksamheterna behöver inte enligt utredningens förslag skilja på om omsorgen ges enligt SoL, HSL eller LSS, vilket görs i dag, utan bedömningen gäller enbart om omfattningen av omsorgsbehovet uppfyller definitionen ovan.

Utredningen har uppfattningen att de personer som har insatser i enlighet med LSS, med undantag för de som enbart har rådgivning, ledsagare eller kontaktperson, uppfyller kravet för omfattande vård- och omsorgsbehov. Den största gruppen inom LSS är den som har boendestöd (cirka 27 000 personer). De flesta av dessa har tillsyn dygnet runt och uppfyller väl definitionen på omfattande vård- och omsorg. Detta gäller även insatserna korttidsvistelse, korttidstillsyn och avlösarservice. Även om inte kommunen ger personlig omvårdnad fyra gånger per dag så finns det andra, vanligen närstående, som ansvarar för den dagliga vård- och omsorgen. För andra ges omsorgen via personliga assistenter eller daglig verksamhet.

Kommunala verksamheter anmäler på elektronisk väg till Försäkringskassan att patienten uppfyller krav på omfattande omsorgsbehov för att kunna prövas för långvarigt selektivt stöd för basal tandvård. För dessa patienter är detta intyg tillräckligt för att prövning ska kunna ske. Kommunernas intygande om att personen är berättigad till det långvariga selektiva stödet liknar i stort det som görs redan i dag för berättigande till nödvändig tandvård med den skillnaden att anmälan ska göras till Försäkringskassan i stället för till respektive region.

Hälso- och sjukvårdens intyg

Utredningen föreslår att legitimerad vårdpersonal inom hälso- och sjukvård ska intyga att en patient har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion samt diagnosticerat tillstånd. I föreskrifter ska anvisningar finnas för vilken ytterligare information om patientens tillstånd som ska framgå av intyget.

Det föreslagna hälso- och sjukvårdens intyg bedöms inte medföra någon ökad belastning jämfört med dagens intyg utan snarare en förenkling. Utredningen föreslår att förutom läkare kan flera andra legitimerade yrkeskategorier intyga svårighetsgraden för den nedsatta fysiska, psykiska eller kognitiva funktionen, under förutsättning att det ligger inom deras medicinska profession att bedöma detta och att de har kännedom om den enskilda patienten. Tänkbara personer är personal inom primärvård, habilitering eller psykiatri. Den exakta tillämpningen kommer vid behov att tydliggöras i föreskrifter. Även om vårdpersonalen inte har möjlighet att ställa ICD-

10-diagnos kan denna hämtas från patientjournalen. Utredningen anser att förslaget om att det är tandvården som bedömer patientens förmåga till munvård och genomgå tandvårdsbehandling ytterligare underlättar hälso- och sjukvårdens intygande och bedömning jämfört med i dag.

Vad ska hälso- och sjukvården intyga?

Sjukvårdens intyg ska ange patientens diagnos med ICD-10 kod samt en bedömning av grad av nedsättning vad avser psykisk, fysisk eller kognitiv funktionsförmåga. Personen ska ha en i stödet upptagen diagnos och dessutom en nedsatt förmåga/oförmåga av en viss svårighetsgrad och varaktighet. Graden ska verifieras med hjälp av ett intyg där de väsentliga nedsättningarna är identifierade och möjliga att kryssa för. Det hade varit att föredra om ett intyg som redan används i hälso- och sjukvården kunde användas men utredningen har inte bedömt detta vara möjligt. Hälso- och sjukvården behöver troligen ledning av förtryckta intygsblanketter med definierade funktionsnedsättningar för att kunna intyga relevant oförmåga. Till skillnad från dagens intyg för tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning föreslås att samma frågor ska besvaras oavsett diagnos/tillstånd inom den nedsatta funktion som är relevant för patienten samt att hälso- och sjukvården inte ska uttala sig om patientens förmåga att sköta munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling.

Kriterier för hälso- och sjukvårdens intygande av svårighetsgrad av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion

Patientens diagnos/tillstånd enligt ICD-10 ska vara fastställd och framgå av intyget om fysisk/psykiskt eller kognitiv funktionsnedsättning såväl som dess varaktighet. Omfattningen av funktionsnedsättningen ska alltid bedömas utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet. Hälso- och sjukvården förväntas inte initiera undersökningar och tester enbart för att kunna bedöma frågeställningar i intyget. Områden som, utifrån relevans, kan vara aktuella att bedömas av hälso- och sjukvården anges i tabellen nedan:

Tabell 2 Förslag till bedömningskriterier för hälso- och sjukvården

Påverkat område	Delområde
Perceptuella och kognitiva funktioner	Klara daglig rutin Hantera psykologiska krav Att söka professionell hjälp Följa hälsoråd
Rörelsefunktioner	Rörlighet i leder som kan påverka munhygien Finmotorik i hand och handled Rörlighet som kan påverka förmågan att sitta i en behandlingsstol Kontroll och koordination av viljemässiga rörelser Ofrivilliga rörelser Nedsatt muskelkraft
Defekter	Medfödda eller förvärvade defekter/deformiteter kraniofacialt Pareser i ansiktet Fibrotiserad orofacial vävnad
Sväljfunktion	Sväljreflex Svalgmuskulatur

Tandvårdens intyg

Tandläkare/tandhygienist kan identifiera patienter som kan komma i fråga för selektivt stöd. För en patient som har ett omfattande vård- och omsorgsbehov alternativt sjukdom eller tillstånd som ger funktionsnedsättning med svårigheter att klara sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling kan tandvården initiera ett ärende hos Försäkringskassan som meddelar patienten att kontakta kommunala verksamheter för intyg om omsorgsbehovet eller hälso- och sjukvården för intyg om ICD-10 diagnos och bedömning av funktionsnedsättning.

För patienter som har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion samt diagnosticerat tillstånd föreslås tandvården intyga deras behov av särskilda tandvårdsinsatser. Patientens sjukdom/tillstånd ska väsentligt riskera att försämra oral förmåga och munhälsa genom svårigheter att

- vidmakthålla munhälsa genom att utföra munhygien och att ha en fungerande självrengöring av munhålan (oral clearance), alternativt
- genomgå tandvårdsbehandling.

Det är behandlaren inom tandvården som bäst kan bedöma patientens särskilda behov av tandvårdsinsatser. Att tandvårdens behandlare utför denna bedömning är även en förutsättning för att behovs-,

solidaritetsprincipen ska kunna tillämpas och för att få stödet att bli mer jämlikt och komma personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser tillgodo. Att även tandvården kan initiera en prövning ökar också förutsättningarna för att fler personer med särskilda behov ska nås av långvarigt selektivt stöd.

En närmare beskrivning av de områden som utredningen föreslår att tandvården ska bedöma följer i kommande avsnitt.

Att påverka munhälsan

Utföra munhygien

Det finns flera orsaker till att en patient inte kan utföra munhygien på ett effektivt sätt. En kognitiv nedsättning eller psykisk funktionsnedsättning kan medföra problem med att tillämpa kunskap, komma ihåg tandborstning samt självständigt följa en rutin. För andra patienter är det motoriska problem som nedsatt rörlighet i händer och handleder, muskel-dysfunktioner och felställningar som försvårar munhygien. Även orala motoriken kan vara påverkad så att mat och bakteriebeläggningar blir liggande i munhålan. Vidare kan gapförmågan vara nedsatt, till exempel genom käkledsdefekt, fibrotiserad oral vävnad eller smärta.

Funktion för självrengöring av munhålan (oral clearance)

En viktig funktion för att bibehålla en frisk mun är att den kontinuerliga självrengöringen av munhålan fungerar. Funktionen är beroende av flera faktorer som oralmotorik, sväljfunktion, medvetenhet om att det finns beläggningar/matrester kvar i munnen och salivmängden. En försämrad självrengöring kan avsevärt förlänga tiden då det finns en sur miljö i munhålan, s.k. oral clearance, från cirka 15 min hos den friska individen till flera timmar hos personer med påverkade funktioner. Förlängd oral clearance medför en kraftigt ökad risk för karies, men även erosioner och slemhinneförändringar. Andra faktorer som kan påverka förekomsten av munsjukdomarna är ensidiga, ogynnsamma kostvanor och reflux.

Genomgå tandvårdsbehandling

Kognitiv nedsättning och beteendeproblematik kan påverka individens möjlighet att genomgå tandvårdsbehandling. Personen kan ha svårt att komma på bokade tider eller inte klara av att samarbeta under behandlingen. Annat som kan påverka är gapförmågan eller förmågan att sitta i behandlingsstolen. Skakningar, muskeldysfunktioner och förlamningar kan göra att behandlingar kan vara svåra att genomföra på ett patientsäkert sätt. Vid nedsatt sväljfunktion kan patienten ha svårt att lutas bakåt och det finns risk att vatten hamnar i andningsvägarna under behandlingen.

En person kan på grund av tandvårdsrädsla ha svårigheter att genomföra en tandvårdsbehandling. Precis som för hälso- och sjukvården gäller det att tandvården ska bedöma omfattningen av funktionsnedsättningen utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet. Det innebär att tandvårdsfobi hos en person som inte har perceptuella eller kognitiva begränsningar hänvisas till regionens tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för att få fobibehandling för tandvårdsrädslan.

Närmare om tandvårdens bedömningskriterier

Vid tandvårdens värdering av individens behov av långvarigt selektivt stöd ska ett antal kriterier bedömas. Där det är möjligt föreslås att bedömningen ska dokumenteras, till exempel med mätresultat, foto eller information från hälso- och sjukvårdens journal. I nedanstående tabell listas ett förslag på kriterier som tandvården kan bedöma och bifoga prövningen av tillhörighet till Försäkringskassan. Både förekomsten av funktionsbristen och svårighetsgraden bedöms. För att selektivt stöd ska beviljas föreslås att ett antal av kriterierna vara bedömda ha en avsevärd svårighetsgrad.

Utredningen föreslår att ett formulär för tandvårdens bedömning ska finnas integrerat i journalsystemen och kommuniceras med Försäkringskassan via befintligt IT-system. Utredningens uppfattning är att framtagandet och administrationen av bedömningsintyget vid patientbesöket tidsmässigt kan ingå i undersökning för tandhälsoplan.

Tabell 3 Förslag till bedömningskriterier för tandvården

Område	Moment	Svårighetsgrad av den nedsatta funktionens påverkan	Möjlig orsak
Munhygien	Kunna utföra munhygien effektivt (få rent i munnen)	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Kognitivt Rörelseinskränkning händer Rörelseinskränkning gapning
	Accepterar/Behöver hjälp från vårdpersonal eller närstående	I stort sett Med svårighet Accepterar inte alls	Kognitivt Beteendeproblematik
	Kan följa en rutin	I stort sett Med svårighet Klarar inte alls	Kognitivt
Självrengöring i munhålan	Nedsatt oral motorik	Viss påverkan Stor påverkan	Kognitivt Sjukdom
	Nedsatt salivsekretion	Viss påverkan Stor påverkan	Sjukdom/läkemedel
	Sväljningssvårighet	Viss påverkan Stor påverkan	Sjukdom
	Nedsatt medvetenhet	Viss påverkan Stor påverkan	Kognitivt
Genomföra tandvårdsbehandling	Samarbetsproblem	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Kognitivt Beteendeproblematik
	Kommer inte på bokade tider	Viss påverkan Stor påverkan Kommer inte alls	Kognitivt Beteendeproblematik
	Fysiska hinder	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Gapförmåga Rörelsestörningar (ex. skakningar, spasticitet) Förlamningar, deformiteter
	Nedsatt sväljreflex	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Sjukdom

Vad som föreslås ingå i det långvariga selektiva stödet för basal tandvård

Utredningen föreslår att det långvariga selektiva stödet för basal tandvård fokuserar på åtgärder för

- undersökning och bastandvård för smärt- och infektionsfrihet, vilket inkluderar att åtgärda kariesangrepp,
- vissa avtagbara proteser, samt
- reparation av befintliga konstruktioner.

Undersökning och förebyggande behandling efter en riskbedömning samt sådan tandvårdsbehandling som påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala bör inkluderas. Om det finns ekonomiskt utrymme kan fler ingående åtgärder övervägas. Ett uppdrag lämnas till TLV att närmare i detalj avgöra vilken tandvård som ska ingå i stödet. För att kunna utföra beräkningar avseende stödets kostnader har utredningen gjort antaganden att stödet fokuserar på ovanstående åtgärder.

Vid särskilda behov och efter prövning bör, om ekonomiskt utrymme finns, ytterligare tandvård kunna omfattas av långvarigt stöd, exempelvis fastsittande konstruktioner om patienten av medicinska skäl inte kan använda en avtagbar protetisk konstruktion. Ytterst bestäms gränsen för vad som kan ingå i det långvariga selektiva genom att föreskrifter utfärdas men även av det anslag som stödet tilldelas. Nytt i utredningens förslag är att patientavgifter räknas in i det statliga tandvårdsstödet skydd mot höga kostnader. Personer inom det långvariga selektiva stödet har möjlighet att få tillgång till alla behandlingar som det statliga tandvårdsstödet kan subventionera. Detta gäller oavsett de begränsningar i det långvariga selektiva stödet som beslutas. Begränsningarna i det selektiva stödet gäller således vilka tillstånd och åtgärder som kan utföras med subventionen som följer med stödet.

Utredningen föreslår att fastsittande protetiska konstruktioner inte ska ingå i det långvariga selektiva stödet utan särskild prövning. Flertalet avtagbara protetiska instruktioner bör ingå eftersom tandlöshet får anses som ett avsevärt vårdbehov då stödet ska förbättra förmågan att äta eller tala. I vissa situationer kan det vara omöjligt för en patient av medicinska skäl att använda en avtagbar protetisk

konstruktion. Detta kan gälla patienter som på grund av sin sjukdom saknar salivsekretion som vid vissa reumatiska sjukdomar. Det kan även gälla patienter med cerebral pares som på grund av ofrivilliga muskelrörelser inte kan hantera en konstruktion som inte sitter fast eller personer med grav intellektuell funktionsnedsättning som inte förstår hur konstruktionen ska användas. I föreskrifter ska möjligheten till dessa undantag tydliggöras så att Försäkringskassan kan fatta beslut vid förhandsprövning.

Det kan även finnas andra begränsningar som kan anses nödvändiga. Det kan gälla restriktioner för vissa åtgärds kombinationer vid samma besök, begränsning av antalet stödbehandlingar som kan utföras inom stödet under en ersättningsperiod eller att rotfyllning inte ersätts i bakre delen av munnen. Det kan även finnas särskilda tillstånd och åtgärder som anpassas till patientgruppen inom långvariga selektiva stöd och enbart kan användas för denna grupp. Exempel kan vara åtgärd för professionell tandrengöring eller oral-motoriska behandlingar. Föreskrifterna bör även innehålla regler om möjlighet till förhandsprövning för att kunna utföra fler åtgärder än vad begränsningarna i regelverket medger exempelvis för en patient där riskbedömningen visat stora behov av stödbehandlingar under en period. Utredningen ser dessutom att det bör övervägas om det långvariga stödet även ska omfatta åtgärder för undersökning och tandvårdsbehandlingar som utförs i patientens boende i stället för vid en tandvårdsmottagning. Detta eftersom tandvård i boendet kan underlätta för vissa personer och öka möjligheten att de kan ta del av tandvårdsstödet. I föreskrifterna ska begränsningar såväl som de utökade behandlingsmöjligheterna i det selektiva stödet beskrivas.

En person som får tillhörighet till det långvariga selektiva stödet har dessutom möjlighet att använda övriga tandvårdsstöd, statliga såväl som i den region där personen är bosatt. Ovan har beskrivits tillfällen då det generella statliga stödet kan användas. Men även det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid kan användas i vissa situationer. Till exempel kan en patient med den sällsynta diagnosen epidermolysis bullosa, som ofta medför svåra mineraliseringsstörningar, i grunden ha tillhörighet till det långvariga selektiva stödet men tillfälligt även nyttja stödet för viss behandling under viss tid. Mineraliseringsstörningen kan vara så omfattande att den kräver fast protetik, något som inte ingår i det långvariga stödet, men åtgärden ingår i viss behandling under viss tid. Patienten kan

för just denna behandling ges subvention inom det selektiva stödet viss behandling under viss tid. Likaså kan en patient med långvarigt stöd som för att kunna genomföra tandvård är i behov av narkos få detta som en sjukvårdstjänst inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med sjukvården.

Munvårdskort

Personer inom det långvariga stödet föreslås få ett munvårdskort med individuella munhälsoråd i samband med sin undersökning och fastställande av tandhälsoplan. Detta ska dels ersätta det munvårdskort som upprättas i dagens stöd i samband med munhälsobedömningen inom den uppsökande verksamheten som utredningen nu föreslår ska upphöra, dels vara en variant av den tandhälsoplan som patienter inom det generella statliga tandvårdsstödet får. Utredningen föreslår i stället att munvårdskortet blir en del av den förebyggande tandvården inom det selektiva stödet för basal tandvård. Praktisk instruktion om hur egenvården ska utföras ingår i den förebyggande tandvården och för personer inom det långvariga selektiva stödet bör även en skriftlig information i form av ett munvårdskort som kan finnas tillgängligt där tandborstningen utförs ingå. Informationen föreslås innehålla beskrivning av hur tänder och munhåla ska vårdas, vilka protetiska konstruktioner som finns som kräver särskilt handhavande samt vilka munvårdsprodukter och hjälpmedel som är lämpliga. Munhälsoråden riktas till den enskilde personen eller till den som omhändertar den dagliga egenvården. Det är av vikt att munvårdskorten anpassas till målgruppen, till exempel genom att använda lätt svenska och använda bildstöd för ökad förståelse.

Vårdambitionsnivåer

För alla patienter är målsättningen att den behandling som utförs ska vara till nytta och öka livskvaliteten. I de allra flesta fall innebär det att tandvården strävar efter att förbättra patientens tandhälsa. För patienter med svår sjukdom eller funktionsnedsättning är dock inte denna målsättning självklar. I stället kan målet, efter dialog med patient eller närstående, vara att bevara rådande tandhälsoläge eller fördröja sjukdomsaktivitet. Om allmäntillståndet hos patienten inte

medger ordinär tandvårdsbehandling ska denna i stället inriktas på att motverka smärta, obehag och infektioner. I det enskilda fallet bör den tandvård som ges vara individuellt anpassad efter vårdambitionsnivå beroende på patientens allmänhälsa. Behandlingen kan således ibland ha som mål att förbättra munhälsan, ibland endast bevara munhälsan eller fördröja sjukdomsförekomst, men alltid att lindra.

Varaktighet för att omfattas av stödet

Begreppen långvarigt och varaktigt behov används i de nuvarande regionala särskilda tandvårdsstöden utan att något av begreppen definieras i tandvårdslagen eller tandvårdsförordningen. Det finns således ett visst tolkningsutrymme för begreppen. I Socialstyrelsens arkiverade meddelandeblad från 2004 angavs att varaktighet innebar att behovet väntas kvarstå minst ett år.

Utredningen föreslår att långvarigt selektivt stöd ges då allmänsjukdomen eller tillståndet inte är av övergående natur. Utöver diagnos och svårighetsgrad ska intygsutfärdaren ta ställning till varaktigheten av tillståndet genom att intyg enbart ska skrivas om den nedsatta funktionen hänförd till sjukdomen eller tillståndet väntas kvarstå minst ett år. Varaktighet ska alltid bedömas utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet.

Inom det långvariga stödet föreslås huvudprincipen vara att man prövar in för två år, fem år eller tills vidare. Tills vidare gäller om sjukdomen/tillståndet är progredierande och utan stor sannolikhet till förbättring. För personer som beviljats långvarigt selektivt stöd utifrån omfattande vård- och omsorgsbehov föreslås huvudregeln vara att intyget utfärdas tills vidare. Detta eftersom en person som fått beslut om omfattande långvariga omsorgsinsatser mycket sällan kan återgå till ett självständigt liv. Flertalet av övriga berättigade föreslås få beslut om fem år medan varaktigheten två år främst används när osäkerhet om sjukdomsutvecklingen föreligger. Om behovet väntas kvarstå ett år men det råder osäkerhet om behovet kommer att kvarstå i två år ska ändå personen få ett beslut som gäller två år framåt. Detta eftersom det är svårt att redan efter ett år kunna göra en korrekt bedömning av behovet. Om det finns behov men bedömningen är att behovet inte kommer att kvarstå ett år kan personen få stöd genom tandhälsoplanens undersökning och före-

byggande besök. Kvarstår behovet efter ett år kan en ny bedömning om långvarigt selektivt stöd vara aktuell. Om stödet utfärdas för en tidsbegränsad period kan det vid behov förlängas.

Utredningen föreslår att TLV får i uppdrag att föreskriva om kriterier för stödets varaktighet utifrån kunskapsunderlag från Socialstyrelsen.

Påminnelsefunktion när engagemang kring tandvårdsbesök viker – ett framtida scenario?

Genom att Försäkringskassan i sitt IT-system har information såväl om vilken tandvård som utförs, som vilka patienter som har tillhörighet till särskilt stöd, skulle denna kunskap kunna kombineras genom ett särskilt uppdrag till Försäkringskassan. Detta skulle möjliggöra att personer, där kommunala verksamheter anmält att personen uppfyller kraven för långvarigt selektivt tandvårdsstöd och personen efter att ha beviljats tillhörighet ändå inte besöker tandvården under en längre period, identifieras av Försäkringskassan. Personen skulle då brevlades kunna få en påminnelse om vikten av att ta hand om munhälsan och en information om tandvårdsstödet förmåner. Detta i syfte att få fler personer med nedsatt funktion att upprätta kontakter med tandvården. Utredningen har diskuterat huruvida ett sådant myndighetsförfarande skulle kunna uppfattas som integritetskränkande, samtidigt som liknande insatser redan förekommer i samhället i dag till exempel i samband med kallelser för mammografi och gynekologiska cellprovskontroller. Utredningen väljer att inte lämna ett förslag om detta, utan låter idén utvecklas vidare av berörda myndigheter om det finns skäl därtill.

Selektivt stöd för viss behandling under viss tid

I denna bilaga beskrivs utredningens förtydliganden och överväganden ur odontologisk synpunkt för de fem huvudgrupperna i det selektiva stödet under viss tid för viss behandling. Utredningen diskuterade under framtagande av förslagen de olika grupperna på detaljnivå för att konkret kunna se hur ett nytt stöd skulle kunna fungera: vilka som bör omfattas, vad som ska ersättas, hur prövning ska gå till, men även för att kunna göra beräkningar av volym och kostnader. Utredningen lämnar för de fem grupperna förtydliganden och vissa förslag för vad som framtida föreskrifter för dessa grupper bör innehålla. Ansvariga myndigheter kan framöver i sitt arbete med att ta fram regelverket välja att göra avsteg från utredningens förslag i dessa delar. Det kan exempelvis finnas ytterligare tillstånd som bör omfattas av stödet eller behandlingar som utredningen inte haft kännedom om. Det är dock väsentligt att föreskrifterna innehåller tydliga avgränsningar för vilka tillstånd som kan omfattas i respektive grupp. Dessa kriterier är de som avgör gränserna för om en person tillhör det selektiva stöd för viss behandling under viss tid eller inte. Vidare ska föreskrifterna på motsvarande sätt som i det generella statliga tandvårdsstödet reglera vilka åtgärder som är ersättningsberättigande för respektive tillstånd, ange eventuella restriktioner eller särskilda villkor för tillstånd eller åtgärder samt fastställa när förhandsprövning ska ske inför protetiska eller andra omfattande behandlingar. Föreskrifterna, vilka utredningen föreslår tas fram av TLV, ska dessutom innehålla den fasta ersättning som lämnas till vårdgivaren. Föreskrifterna bör grunda sig på bästa tillgängliga kunskap för vilka tillstånd som bör omfattas och vilka behandlingar som bör ersättas, exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU:s kunskapsöversikter eller motsvarande kunskapssammanställningar.

Vidare bör föreskrifterna kontinuerligt ses över och uppdateras för att följa med den vetenskapliga och odontologiska utvecklingen.

Selektivt stöd för viss behandling under viss tid omfattar enligt utredningens förslag följande grupper:

1. Medfödd missbildning i käkområdet som inte är ringa.
2. Defekt i käken orsakad av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma.
3. Tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling.
4. Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma.
5. Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan.

Patienter med ett tillstånd som omfattas av något av ovanstående grupper provas hos Försäkringskassan för tillhörighet till stödet innan stödet kan tillämpas för behandling. För vissa av dessa tillstånd anser utredningen att denna prövning är tillräcklig och behandlaren kan därefter behandla patienten och rapportera in patientens tillstånd och utförda åtgärder inom det selektiva stödet för viss behandling under viss tid.

För vissa andra tillstånd anser utredningen däremot att även en prövning av detaljerat behandlingsförslag bör krävas. Det gäller främst vid protetiska behandlingar, se vidare under villkor för respektive tillståndsgrupp i den detaljerade beskrivningen nedan. Utredningen ser flera fördelar med det föreslagna förfarandet:

- Endast där det finns skäl ska särskild prövning av behandling utföras vilket ger en minskad administration för tandvården och Försäkringskassan.
- Kontroll och bekräftelse innan en protetisk behandling påbörjas om vad som omfattas, vilket säkerställer kostnaden både för staten och vårdgivaren.
- Efterhandskontroller behövs inte av den förhandsprövade och ofta kostsamma behandlingen eftersom endast de prövade proteiska åtgärderna kan inrapporteras.

Det selektiva stödet för viss behandling under viss tid kan tillämpas såväl för patienter som får sin övriga tandvård inom det generella statliga tandvårdsstödet som för patienter som har selektivt stöd för basal tandvård under lång tid när kriterierna för aktuellt tillstånd inom det selektiva stödet för viss behandling är uppfyllda.

Nedan följer beskrivning av utredningens förslag om vilka tillstånd som bör omfattas av var och en av de fem huvudgrupperna samt vilka behandlingar som bör ingå och vilka övriga villkor som bör gälla. Beskrivningen av förslagen har följande struktur:

- Avgränsning.
- Regelverk.
- Behandling som bör omfattas.
- Förslag till övriga villkor.

Observera att bilagan endast beskriver utredningens förslag, som ett stöd för det fortsatta arbetet på myndighetsnivå, för vad som framtida föreskrifter med detaljerade regler bör innehålla. Den exakta tillämpningen kommer därefter att tydliggöras i dessa föreskrifter. Det innebär att avvikelser från denna bilaga kan komma att göras i detaljerna om myndigheterna finner skäl därtill.

1. Medfödd missbildning i käkområdet som inte är ringa

Mål: Uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat.

I de föreskrifter som ska tas fram bör tydliga villkor för varje delgrupp ange avgränsningen för när en missbildning inte är ringa.

Följande tillstånd föreslås omfattas:

- Läpp-käk-gomdefekt.
- Multipla agenesier som medför tandlucka.
- Tandanomalier av större omfattning.
- Omfattande mineraliseringsstörningar.
- Käkanomalier av större omfattning, med stor funktionell påverkan.

- Annan medfödd missbildning i käkområde eller ansikte med handikappande avvikelse av ej ringa omfattning.

Nämnda tillstånd motsvarar i stort de som i dag får regionalt stöd för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom grupp 1 Medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, om inte missbildningen endast är av ringa omfattning. Utredningen har inte funnit belägg för att överpröva de målgrupper som tidigare utredningar pekat ut och föreslå att dessa inte längre ska omfattas. I dag finns dock skillnader mellan regionerna hur man tolkar vad som är ringa omfattning, exempelvis hur många anlag som ska saknas vid agenesier för att få stöd, men även vilken behandling som ersätts. Utredningen menar att villkoren i föreskrifter ska vara helt tydliga om vilka tillstånd som ska omfattas och vilken behandling som ersätts.

Avgränsning

Läpp-käk-gomdefekt

Personer med läpp-käk-gomdefekt bör omfattas. Det torde vara få personer som vuxit upp i Sverige som i vuxen ålder har en obehandlad LKG-defekt. Dock kan viss behandling till följd av LKG-defekten inte utföras förrän ansiktsskelettet vuxit klart. Det innebär i vissa fall att patienten är 20 år eller äldre när behandlingen ska utföras. En underutvecklad överkäke kan behöva korrigeras kirurgiskt genom ortognat kirurgi så att käkarna får en normal relation till varandra. Den kirurgiska behandlingen kräver ofta ortodontisk behandling före och efter kirurgin. Dessutom kan personer inflyttade till landet ha ytterligare kvarstående brister av LKG-defekten som kan behöva behandlas för att personen ska kunna tugga och tala utan större hinder eller få ett godtagbart utseende. Som framgår i avsnittet om käkanomalier nedan har utredningen diskuterat om ortognat kirurgi ska tillhöra det selektiva stödet för viss behandling eller vara en del av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården. Utredningen anser att fördelarna med en sammanhållen bedömning av patientens behov och tillhörighet till stödet är avgörande och därmed bör även åtgärder för såväl ortognat kirurgi som eventuella andra åtgärder för kirurgi som kan vara aktuella vid LKG-defekt finnas i det selektiva stödet för viss behandling. Den kirurgiska

behandlingen kommer sannolikt att utföras vid käkkirurgisk klinik men ersättas inom det statliga selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid.

Multipla agenesier som medför tandlucka

Med multipla agenesier bör avses att minst 3 tänder saknas i en kvadrant eller minst 4 tänder saknas i en käke. (agenesi av visdomständer inkluderas inte). Vidare bör enstaka tandlucka inom position 3–3 omfattas till och med det år patienten fyller 24 år. Retinerad tand som ortodontiskt bedöms olämplig att dra fram, bör likställas med agenesi.

Skälen till att enstaka tandluckor inom tandposition 3–3 bör omfattas till och med det år patienten fyller 24 år är att det finns odontologiska skäl för att definitiv protetik i frontområdet inte bör utföras förrän individen är helt färdigväxt. I och med att gränsen för att ingå i tandvårdsstödet föreslås ändras till 20 år finns en risk att exempelvis en implantatbehandling för ett saknat anlag i överkäksfronten tidigareläggs och påskyndas för att behandlingen ska hinna utföras inom den avgiftsfria tandvården för barn och unga vuxna. Ett implantat som installeras för tidigt i frontområdet kan medföra ett på sikt dåligt resultat. Det är särskilt allvarligt eftersom implantatinstallation är en irreversibel behandling. Utredningen menar att det vore olyckligt om ersättningssystemets utformning skulle styra mot en behandling som har en osäker prognos utifrån motivet att ge patienten en avgiftsfri behandling. För behandling av enstaka tandluckor i sidopartierna finns däremot normalt inga odontologiska kontraindikationer för att behandla dessa innan patienten är 20 år.

Tandanomalier av större omfattning

Tillståndet bör omfatta flera tänder i en käke som ger funktionella problem eller är klart utseendemässigt störande, exempelvis som vid dysostosis cleidocranialis, för att patienten ska omfattas av stödet. Anomalier begränsade till felställda tänder eller anomalier på enskilda tänder, exempelvis enstaka tapptänder, bör inte omfattas.

Omfattande mineraliseringsstörningar

Diagnoserna amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta och odontogenesis imperfecta bör omfattas liksom fluoros eller tetracyklinmissfärgning i överkäksfronten med klart missprydande missfärgning eller ytpåverkan.

Omfattande mineraliseringsstörningar kan förekomma exempelvis vid epidermolysis bullosa eller hereditär hypofosfatemi och bör omfattas. De båda sistnämnda diagnoserna är även sällsynta hälsotillstånd enligt Socialstyrelsens databas och vissa av dessa patienter kan därmed ingå i det långvariga selektiva stödet för basal tandvård. Om en sådan patient har omfattande mineraliseringsstörningar och därmed även uppfyller villkoren för selektivt stöd för viss behandling under viss tid ska patienten även kunna få tillhörighet till detta stöd för behandling av mineraliseringsstörningarna.

Däremot bör inte emaljhypoplasier på enskilda tänder omfattas av det selektiva stödet. Reglerna bör tydligt ange gränsdragningar, exempelvis vid mineraliseringsstörning hur grav störningen ska vara och hur många tänder som ska omfattas, för att patienten ska få behandling inom det selektiva stödet.

Käkanomalier av större omfattning, med stor funktionell påverkan

Käkanomalier av större omfattning bör omfattas, vilket avser maxillär eller mandibulär prognati/retrognati eller grava basala käkanomalier. Gränsdragningen för vad som avses med större omfattning bör motsvara när ortognat kirurgi behövs för att åtgärda anomalin. Detta bör tydliggöras i föreskrifterna med villkor som exempelvis anger millimetermått, vinklar eller andra variabler utifrån en kefalometrisk eller annan analys. Om villkoren för tillståndet är uppfyllda, men en person av medicinska skäl inte kan genomgå kirurgi, bör ersättning undantagsvis även kunna lämnas för korrigering med ortodonti och eventuell protetik.

Utredningen har diskuterat och övervägt om den ortognata kirurgin ska tillhöra det selektiva stödet för viss behandling eller vara en del av regionernas tandvård i samverkan med hälso- och sjukvården. Den ortognata kirurgin utförs vanligen av specialisttandläkare inom käkkirurgi vid mottagning som finns på ett sjukhus, men planering av patientens hela behandling av käkanomalin sker vanligtvis

mellan specialisttandläkare inom käkkirurgi, ortodonti och protetik. Utredningen anser att fördelarna med en sammanhållen bedömning av patientens behov och tillhörighet till stödet är avgörande och därmed bör även åtgärder för ortognat kirurgi finnas i det selektiva stödet för viss behandling.

Annan medfödd missbildning i käkområde eller ansikte med handikappande avvikelse av ej ringa omfattning

Detta kan exempelvis vara hemifacial atrofi eller unilateral hyperplasi av condylen i käkleden. Föreskriften bör ange villkor och avgränsningar för hur omfattande en annan medfödd missbildning ska vara för att tillståndet ska omfattas av stödet.

Regelverk

Utredningen anser att separata tillstånd bör finnas för de olika missbildningarna. Villkoren för att omfattas av ett av dessa tillstånd ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik och terapiplanering som har direkt samband med den medfödda missbildningen.
- Ortodontisk, kirurgisk, reparativ och protetisk behandling.
- Tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer.
- En kontroll ett år efter avslutad behandling.

Förslag till övriga villkor

- Diagnoser bör ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
- Ortognat kirurgi eller kirurgi vid LKG-defekt ska utföras av specialisttandläkare eftersom denna typ av kirurgi inte ingår i grundutbildningen för tandläkare.
- Tillhörighet till stödet förhandsprövas. Vid behandling med enbart kirurgi eller i kombination med ortodonti anser utredningen att det inte behövs någon ytterligare prövning av behandlingsförslag. Föreskrifternas tillstånd med tillhörande villkor och åtgärder kan tillämpas direkt när tillhörigheten är prövad.
- För behandling med protetik och/eller ortodonti anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas. Såväl implantatstödd som tandstödd protetik bör ersättas. Möjligen bör man även överväga om villkor bör finnas för när protetisk behandling i kombination med ortodonti ska ersättas.
- Vid komplikationer och eventuell tillkommande behandling efter förhandsprövning bör endast tillkommande protetisk behandling behöva ingå i en kompletterande förhandsprövning. Det innebär att exempelvis åtgärder för endodonti ska kunna ersättas utan prövning.
- Stödet för denna grupp bör gälla fyra år efter tillstyrkt förhandsprövning så att alla patienter hinner få sin prövade behandling slutförd. Vissa behandlingar, exempelvis av käkanomalier behöver lång behandlingstid och det vore olyckligt om ny prövning skulle krävas för att slutföra en och samma behandling.
- För diagnoserna amelogenesis, odontogenesis eller dentinogenesis imperfecta bör prövning av tillhörighet till stödet för viss behandling endast behövas en gång och stödet bör därefter kunna gälla tills vidare för behandlingar som inte avser protetik. Dessa patienter kan vid upprepade tillfällen på grund av sin defekta tandsubstans behöva få fyllningar utförda. Utredningen anser att en ny prövning för varje tillfälle är en orimligt stor administrativ insats för både behandlare och Försäkringskassan. Om patienten

däremot behöver en protetisk åtgärd måste förhandsprövning av behandlingsförslag göras.

2. Defekt i käken som orsakats av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma

Mål: Uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Personer som fått en defekt i käken eller ansiktet, bör få behandling inom det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling. Följande tillstånd föreslås omfatta defekt i käken som orsakats av

- Osteoradionekros.
- Läkemedelsinducerad eller annan osteonekros.
- Osteomyelit.
- Akromegali.
- Tumörer eller tumörliknande förändringar.
- Trauma.

Nämnda tillstånd motsvarar en del av de tillstånd som i dag får regionalt stöd för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom grupp 2 (Defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet). Från denna dagens grupp 2 har dock tillstånd som avser defekt eller sjukdom i käkleden flyttas till den nya föreslagna grupp 4 Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma för att samla tillstånd som involverar käkleden i en och samma grupp. Utöver de defekter som omfattas i dag föreslår utredningen att ytterligare ett tillstånd bör omfattas: defekt i käken som orsakats av trauma.

Stödet bör omfatta såväl behandling av själva defekten (exempelvis kirurgiskt avlägsnande av ett ameloblastom) som behandling som utförs på grund av defekten (exempelvis en protetisk rehabilitering med obturatorkonstruktion efter en tumör). Om den kirurgiska behandlingen är så pass komplicerad att den av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser omfattas den i stället av käkkirurgi inom regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, se vidare nedan samt bilaga 6.

Avgränsning för vilka som bör omfattas

Defekt som orsakats av osteoradioneckros

Patienter med diagnosen osteoradioneckros bör omfattas av det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Det bör även omfatta patienter som fått strålning mot käkbenet och som behöver få en tand extraherad eller annat kirurgiskt ingrepp i käkarna, eftersom kirurgiskt ingrepp i strålat ben ökar risken att utveckla osteoradioneckros.

Patienter som fått strålning mot huvud/halsregionen kan som biverkan få ett strålskadat käkben som kan utvecklas till osteoradioneckros. Osteoradioneckros är ett allvarligt tillstånd som kan uppstå flera år efter avslutad strålning och kan i värsta fall leda till spontanfraktur av käken och förlust av delar av käken. Tillståndet kan även ge smärta, tuggsvårigheter, trismus, fistlar från mun till hud och sår som inte läker. Strålbehandling innebär en minskad kärlförsörjning i käkarna vilket kan medföra försämrad sårhäkning. Enligt rekommendationer bör extraktioner i bestrålat käkben ske vid specialistklinik i käkkirurgi eller orofacial medicin för att minimera risken för allvarlig osteoradioneckros. Vid svåra fall krävs omfattande kirurgisk behandling och i dag sker även forskning för att finna nya behandlingsmetoder. Vissa patienter med omfattande osteoradioneckros kommer därför att få kirurgisk behandling inom regionernas tandvårdsstöd för käkkirurgi som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och andra kommer att omhändertas av sjukvården med avancerade behandlingsmetoder exempelvis med hjälp av tryckkammare. Några patienter med osteoradioneckros kommer att omfattas av det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid eftersom strålbehandlingen exempelvis även kan leda till funktionsnedsättning på grund av inskränkt gapförmåga, fibrotiserad vävnad, förlust av delar av mandibeln eller maxillan.

Defekt i käken som orsakats av läkemedelsinducerad eller annan osteoneckros

Patienter med osteoneckros i käkbenet bör omfattas av det selektiva stödet för behandling som beror på tillståndet. Även patienter som behandlats med antiresorptiva läkemedel i högdos bör omfattas av det selektiva stödet för kirurgiska ingrepp, inklusive extraktioner, i

käken. Osteonekros i käkbenet är ovanligt men risken ökar vid behandling med skelettstärkande eller antiresorptiva läkemedel. På motsvarande sätt som för patient som fått strålbehandling mot käken kan osteonekros utvecklas hos en patient som stått på hög dos av antiresorptiva läkemedel när kirurgiskt ingrepp utförs i käken och extraktioner bör därför utföras atraumatiskt och med slemhinnetäckning av alveolen. Osteonekros i käkbenet kan även uppkomma spontant, vid långvarig systemisk kortisonbehandling, nedsatt immunförsvar, antiangiogenetisk behandling, infektioner eller trauma. Osteonekros kan ge smärtor i munnen, slemhinneskador med exponerat käkben. I tidiga stadier kan behandlingen vara konservativ med aktiv uppföljning och behandling av smärta. Infektioner ska alltid behandlas. I senare stadier kan kirurgisk behandling av nekrosen behöva göras. Flera andra experimentella behandlingsmöjligheter prövas i pågående studier. Motsvarande som vid osteradionekros kommer några patienter att behandlas inom regionernas tandvårdsstöd eller inom sjukvården och några omfattas av det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid.

Defekt i käken som orsakats av osteomyelit

Patienter med osteomyelit i käken bör omfattas av det selektiva stödet för behandling som kan kopplas till tillståndet. Osteomyelit är inflammation i ben och benmärg. Den kan antingen vara utlöst av en infektion eller av okänd orsak. Teorier som finns är en kombination av autoimmun sjukdom och predisponerande faktorer såsom nedsatt blodförsörjning till mandibeln. Osteomyelit kan ge upphov bland annat till smärta, pus eller abscessbildning, fistulering, bensekvestrering eller parestesi. Osteomyelit kan medföra att friska tänder behöver tas bort och rehabilitering av dessa tandluckor bör omfattas av det selektiva stödet.

Defekt i käken som orsakats av akromegali

Akromegali orsakas vanligtvis av en godartad (ej malign) tumör som växer i hypofysen. Det är en sällsynt sjukdom och den kan medföra att underkäken kan få en kraftig storleksökning. Dessa patienter bör omfattas av det selektiva stödet för tandvårdsbehandling för tillstånd som orsakats av sjukdomen.

Defekt i käken som orsakats av tumörer eller tumörliknande förändringar

Defekt i käken som orsakats av benigna tumörer eller tumörliknande förändringar bör omfattas av det selektiva stödet. Observera att behandling av maligna tillstånd alltid ska utföras av sjukvården. Det finns ett stort antal benigna tumörer eller cystor som kan drabba käkarna. Dessa tumörer och cystor kan orsaka skada genom att påverka andra strukturer via tryck, eller att vävnaden runt om tumören eller cystan resorberas för att ge plats åt processen. De benigna tumörerna och vissa cystor kan också, genom sitt växtsätt, ge upphov till successivt tilltagande asymmetrier av käkarna. Rekonstruktiv kirurgi efter större tumör i käkarna ingår i regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, se vidare om rekonstruktiv kirurgi nedan. Om tänder eller del av en käke måste avlägsnas på grund av tumör eller tumörliknande förändring bör rehabilitering omfattas av stödet. För konstruktioner för att även rehabilitera delar av käkbenet finns inga åtgärder i det generella tandvårdsstödet.

Defekt i käken som orsakats av trauma

Defekt i käken som orsakats av trauma bör, för att omfattas av det selektiva stödet, vara av en omfattning där delar av alveolarutskottet involveras så att enbart konventionell tandstöd, implantatstöd eller avtagbar protetik inte kan rehabilitera defekten inklusive förlorade tänder. För sådan konstruktion saknas åtgärder i det generella statliga tandvårdsstödet. Defekt som enbart omfattar tänder eller mindre marginala alveolarutskottsförluster omfattas inte, utan hanteras i det generella statliga stödet.

Regelverk

Utredningen anser att separata tillstånd bör finnas för de olika defekterna. Villkoren för att omfattas av ett av dessa tillstånd ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Tydliga regler för ersättning vid rehabilitering behövs. Till exempel bör borttagning av tand i ben med osteoradionekros eller osteonekros ingå i stödet, men inte rehabilitering av den uppkomna tandluckan. Det beror på att orsaken till att en tand tas bort inte beror på käkdefekten. Om däremot en osteomyelit breder ut sig och skadar andra tänder än den som orsakade osteomyelit, så dessa måste tas bort, bör ersättning lämnas för rehabilitering av tandluckan. Utredningen har resonerat om gränsdragningar i det utförliga och detaljerade regelverket som kommer att behövas. Vid en defekt i käken kan exempelvis bredvidliggande tänder behöva omfattas för att behandlingen ska ha en god prognos. Det bör gå att formulera dokumentationskrav om motivering varför tillkommande behandling är nödvändig för behandlingsresultatet.

Tidsdebitering

Utredningen har även diskuterat att det i regelverket kan behövas tidsdebitering vid mycket ovanliga behandlingar eller konstruktioner som inte återfinns i en åtgärdslista. Det kan exempelvis gälla udda konstruktioner vid käkdefekter där behandling och konstruktion är helt unik för det enskilda fallet och därmed så ovanlig att det inte är möjligt att ha åtgärder för denna inom stödet.

Rekonstruktiv kirurgi vid behandling av defekter i käken

Den rekonstruktiva kirurgin vid defekter kommer att planeras och utföras av regionerna inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården. Utredningen menar att det ändå bör fungera att den protetiska delen förhandsprövas hos Försäkringskassan. Planering av dessa patienter sker multiprofessionellt mellan sjukvård och tandvård. Patienten kommer efter rekonstruktiv kirurgi att ha det resttillstånd som sjukvården bedömer kan åstadkommas. Därifrån tas det protetiska behandlingsförslaget fram för förhandsprövning för att rehabilitera resttillståndet.

Kirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

När kirurgisk behandling behövs för de tillstånd i käken som omfattas av grupp 2 kan denna i många fall omhändertas vid mottagning som inte är lokaliserad vid sjukhus. Men i vissa fall krävs av patientsäkerhetsskäl ett sjukhus medicinska och tekniska resurser. I dessa fall anser utredningen att den kirurgiska behandlingen av käkdefekten bör omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för käkkirurgisk behandling. Med kravet att det av patientsäkerhetsskäl krävs sjukhusets medicinska och tekniska resurser menas att det på grund av patientens odontologiska tillstånd i det individuella fallet kan finnas behov av

- käkkirurgisk specialistkompetens,
- samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgisk specialitet,
- narkos eller avancerad sedering,
- medicinsk övervakning, medicinsk beredskap,
- möjlighet till inläggning i slutenvård.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik, sjukdomsbehandling och kirurgisk behandling som har direkt samband med defekten.
- Vid käkdefekt som ska rehabiliteras: protetik och i förekommande fall ortodonti, implantatkirurgi, tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer. Rehabiliteringen bör omfatta defekten inklusive överkonstruktion med tandersättningar.
- För patient som stått på hög dos av antiresorptiva läkemedel eller fått strålning mot huvudet: Extraktioner och annan dentoalveolär kirurgi.
- En kontroll ett år efter avslutad behandling.

Förslag till övriga villkor

- Diagnoser ska ställas och behandlingen ska terapiplaneras av specialisttandläkare, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
- Tillhörighet till stödet förhandsprövas. Vid annan behandling än protetik eller ortodonti behövs ingen ytterligare prövning.
- För protetik/ortodonti bör förhandsprövning av behandlingsförslag krävas.
- Vid komplikationer och eventuell tilläggsbehandling bör endast tillkommande protetisk behandling behöva ingå i en kompletterande förhandsprövning.
- Läkarintyg, remiss från sjukvården eller annan medicinsk dokumentation som visar att patienten behandlats med antiresorptiva läkemedel i hög dos eller strålbehandling bör krävas för patient som ska få extraktion eller annat kirurgiskt ingrepp inom det selektiva stödet.
- Stödet bör gälla fyra år efter tillstyrkt förhandsprövning.

3. Tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling

Mål: Uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Utredningen föreslår att grupp 3 omfattar tre olika delgrupper beroende på vilken sjukdom eller vilken behandling som orsakat tandskadan och föreslår följande:

1. Tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.
2. Tandskada som orsakats av ätstörningssjukdom eller gastroesofageal refluxsjukdom.
3. Tandskador hos patienter med avsaknad av salivsekretion.

Förslaget innebär att för var och en av grupperna finns särskilda villkor för att en patient ska få tillhörighet till det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Beroende på orsaken till tandskadorna bör det vara olika tillstånd som kan tillämpas för de olika delgrupperna. Se vidare under beskrivning av förslaget för varje delgrupp.

3.1 Tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall

Tillståndet motsvarar det som i dag får regionalt stöd inom grupp 3 (tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall) för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Socialstyrelsens utvärdering och synpunkter från beställarenheterna menar att detta stöd fungerar bra i dag. Utredningen finner därför inga skäl för att föreslå ändringar för när selektivt stöd kan lämnas och för vilka behandlingar. Där emot bör prövning vid återkommande epileptiska anfall förenklas jämfört med i dag.

Avgränsning

Patienter som fått tandskada vid ett epileptiskt anfall. Det bör göras troligt att skadan uppkommit vid ett epileptiskt anfall. Patienten bör därför söka hjälp hos tandläkare inom närtid för att ett sannolikt orsakssamband ska kunna fastställas. Tydliga regler i föreskrifterna bör ange när stödet inte kan tillämpas.

Regelverk

Villkoren för att omfattas stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. De kommande föreskrifterna kan antingen ange tillstånd för olika typer av tandfraktur, fyllningsfraktur, sjukdomar i tandpulpan, tandluckor och lossnade, frakturerade eller skadade protetiska konstruktioner eller ett tillstånd för tandskada orsakad av epileptiskt anfall, i båda fallen med tillhörande åtgärder och eventuella särskilda villkor för att behandling ska ingå.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik och terapiplanering som har direkt samband med tandskadan som uppkommit vid epileptiskt anfall.
- Reparation med villkor motsvarande kronregeln inklusive nödvändig endodonti. Kronregeln bör ange gränsen för när en tandstödd krona är ersättningsberättigande för att reparera en skadad tand. För mindre skador ersätts endast fyllning. I förekommande fall bör extraktion och protetisk behandling av uppkommen tandlucka omfattas.
- Tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer.

Förslag till övriga villkor

- Läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation som styrker att patienten har epilepsi ska bifogas förhandsprövning hos Försäkringskassan av patientens tillhörighet till stödet. Läkarintyget behöver endast sändas till Försäkringskassan vid första prövningsfallet.
- Tidsrymden mellan uppkommen skada och ansökan om förhandsprövning hos Försäkringskassan bör framgå av föreskrifterna. I dagens regionala stöd skiljer sig denna tidsrymd mellan regionerna från en vecka till att krav om längsta tidsintervall mellan skada och prövning saknas. Utredningen har diskuterat om prövning inom två månader efter skadan kan vara en lämplig gräns. Många regioner har som villkor att för fastställande av orsakssamband efter längre tid än två månader krävs journalkopior med medicinsk eller odontologisk bedömning som kopplar falltrauma eller hopbitning till tandskadan.
- Vid behandling med annan terapi än fastsittande protetik anser utredningen att det inte behövs någon ytterligare prövning av detaljerat behandlingsförslag.
- För behandling med fast protetik anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.

- Prövning av tillhörighet till stödet för viss behandling bör endast behövas en gång och stödet bör kunna gälla tills vidare för behandling av tandskada efter epileptiskt anfall som inte avser protetik. Ett nytt epileptiskt anfall kan innebära att en ny fyllning kan behöva utföras. Utredningen anser att en ny prövning för varje tillfälle där endast en mindre behandling behöver utföras är en orimligt stor administrativ insats för både behandlare och Försäkringskassan. Dessa behandlingar bör såsom annan tandvård inom det statliga tandvårdsstödet kontrolleras med efterhandskontroller. Om patienten däremot behöver en protetisk åtgärd bör krav ställas att en förhandsprövning av behandlingsförslaget ska utföras.
- Stödet bör gälla ett år efter tillstyrkt förhandsprövning vid fast protetik.

3.2 Tandskada som orsakats av ätstörningssjukdom eller gastroesofageal refluxsjukdom

I dag får patienter som fått omfattande frätskador på tänderna som orsakats av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom och som är medicinsk rehabiliterade regionalt stöd för bettrehabilitering enligt grupp 10 inom tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Utredningen menar att detta bör gälla fortsättningsvis men föreslår även ett ökat fokus på att behandla patienter med ätstörningssjukdom under deras sjukdomstid genom uppbyggnad med fyllnadsmaterial om tänderna fått betydande skador, exempelvis blivit korta, i stället för att avvakta slutförd sjukdomsbehandling och tillfrisknande. Därmed kan ytterligare tandsubstansförluster och påföljande omfattande protetisk behandling undvikas och personen fungera bättre socialt under sjukdomsperioden vilket positivt kan påverka tillfrisknande.

Avgränsning

Utredningen föreslår att patienter under behandling för ätstörningssjukdom kan omfattas av stödet under pågående sjukdom för viss skyddande behandling.

Hos patient som är medicinskt rehabiliterad och sjukdomen framgångsrikt behandlad bör även tandskador i form av frätskador (erosioner) som orsakats av ätstörningssjukdom eller gastroesofageal refluxsjukdom omfattas för rehabiliterande behandling. Ett villkor bör vara att minst 4 tänder har omfattande skador enligt kronregelns definition i nuvarande statliga tandvårdsstödet för att patienten ska omfattas av det selektiva stödet för bettrehabilitering.

Regelverk

Villkoren för att omfattas stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. Särskilda tillstånd, villkor och åtgärder bör finnas för tandskador hos patienter under pågående ätstörningssjukdom respektive för tandskador hos medicinskt färdigbehandlade patienter som ska rehabiliteras. Tillstånd för tandslitage på grund av erosion, sjukdomar i tandpulpan och tandluckor med tillhörande åtgärder för behandling bör omfattas.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik och terapiplanering som har direkt samband med tandskadorna som orsakats av ätstörnings- eller refluxsjukdomen.
- Vid behandling under pågående ätstörningssjukdom: Reparation och uppbyggnad med fyllningar. Eventuellt bör även förebyggande åtgärder kopplat till erosionen kunna ingå i den mån de inte omhändertas inom patientens tandhälsoplan.
- Vid rehabilitering efter genomgången sjukdom för medicinskt rehabiliterad patient: Rehabilitering av bettet enligt motsvarande villkor för tillstånd och åtgärder som om behandlingen utförts inom det generella tandvårdsstödet inklusive nödvändig endodonti. Exempelvis anger kronregeln gränsen för när en tandstödd krona är ersättningsberättigande för att reparera en skadad tand. För mindre skador bör endast fyllning ersättas. I förekommande fall bör extraktion och protetisk behandling av uppkommen tandlucka omfattas. Endast rehabilitering som har ett direkt samband

med patientens diagnos omfattas. Rehabilitering på grund av parodontit omfattas inte.

- Tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer.

Förslag till övriga villkor för patienter som behandlas under pågående ätstörningssjukdom

- Läkarintyg som styrker att patienten behandlas för pågående ätstörningssjukdom bör bifogas prövningen till Försäkringskassan.
- Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning.

Förslag till övriga villkor för patienter som ska rehabiliteras efter behandlad ätstörnings- eller gastroesofageal refluxsjukdom

- Läkarintyg som styrker att patienten är medicinskt rehabiliterad och sjukdomen framgångsrikt behandlad bör bifogas förhandsprövning hos Försäkringskassan av patientens tillhörighet till stödet. Vid ätstörningssjukdom bör det av läkarintyget framgå att patienten bedöms vara medicinskt färdigbehandlad. Vid gastroesofageal refluxsjukdom bör det av läkarintyget framgå vilken behandling som patienten fått och om patienten fortfarande medicinerar.
- Prövning om tillhörighet för rehabilitering bör ske inom fem år efter att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad från sin ätstörningssjukdom. Orsaken till gränsen är att det ska kunna göras sannolikt att det är ätstörningen som har orsakat frätskadorna. Frätskadorna ska därför inte ha uppkommit längre tillbaka än fem år. Prövningen bör innehålla detaljerat behandlingsförslag.
- Behandlingen bör terapiplaneras tillsammans med specialisttandläkare, men kan utföras av annan tandläkare.
- Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning.
- En rehabilitering ersätts inklusive eventuella komplikationer under behandlingen, det vill säga patienten kan inte åter provas för stödet för ytterligare rehabilitering. Komplikationer efter den reha-

biliterande behandlingen, till exempel endodontiska, hanteras på samma sätt som i det generella stödet, vilket innebär att patienten eller ev. patientförsäkring får stå för kostnaden. Om patienten får recidiv av sin åstörningssjukdom och därefter åter blir medicinskt färdigbehandlad, bör således inte någon ny bettrehabilitering omfattas av det selektiva stödet.

3.3 Tandskador hos patienter med avsaknad av salivsekretion

Inom regionernas särskilda tandvårdsstöd för tandvård som led i en sjukdomsbehandling ingick under perioden 1999–2013 patienter med Sjögrens syndrom och de som hade strålbehandlats mot huvud-halsregionen och därmed förlorat sin salivsekretion. Från år 2013 har dessa patienter i stället kunnat få särskilt tandvårdsbidrag för förebyggande tandvård, men för övrig behandling har det generella statliga tandvårdsstödet tillämpats. I Socialstyrelsens utvärdering år 2018 av de regionala tandvårdsstöden framkommer från flertalet av de olika intervjuade instanserna att strålbehandlade patienter som förlorar sin salivsekretion och som får en allvarlig kariesutveckling bör omfattas av ett selektivt tandvårdsstöd.

Utredningen föreslår att till det selektiva stödet för viss behandling under viss tid tillföra patienter som fått strålning mot huvud-hals med strålriktning mot spottkörtlarna eftersom strålbehandling kan leda till svåra tandskador om salivsekretionen slås ut. Förslaget innebär att dessa patienter ska följas med regelbundna kontroller under två år efter avslutad strålning för att i tid kunna hitta de patienter som drabbas svårt av kariessjukdom. Av de som strålas mot huvud-halsregionen får en mindre grupp patienter allvarlig kariesutveckling och utredningen föreslår att dessa patienter bör omfattas av stödet för att få behövlig kariesbehandling. Detsamma bör gälla för patienter som av andra skäl förlorat sin salivsekretion och får allvarlig kariesutveckling. Det kan vara patienter med Sjögrens syndrom med svår påverkan på spottkörtlarna eller patienter som saknar spottkörtelfunktion.

Avgränsning

Utredningen föreslår att två olika undergrupper ska omfattas:

- a) Patienter som genomgått strålning mot huvud/halsregionen där spottkörtlarna utsatts för en hög stråldos.
- b) Tandskador vid avsaknad av salivsekretion som medför allvarlig kariesutveckling med minst tre nya dentinkariesangrepp/år. Orsaken till avsaknad av salivsekretion kan vara strålbehandling, allmänsjukdom eller att spottkörtlarna avlägsnats.

Regelverk

Villkoren för att omfattas av stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. Särskilda tillstånd, villkor och åtgärder bör finnas för kontroller avseende kariesutveckling och kariesbehandling hos patienter efter genomgången strålbehandling respektive för tandskador vid avsaknad av salivsekretion som medför allvarlig kariesutveckling. Tillstånd för undersökning inklusive röntgen, risk för karies, initialkaries, primär- och sekundärkaries med tillhörande åtgärder bör omfattas.

Behandling som bör omfattas

- Undergrupp a: Undersökning för kontroll av kariesutveckling, högst tre gånger per år, under två år efter avslutad strålbehandling, inklusive reparation av uppkomna kariesangrepp och kariesförebyggande behandling. Kronregeln bör tillämpas för gränsdragning mellan fyllning eller tandstödd krona. Övrig tandvård får patienten inom det generella statliga tandvårdsstödet.

Utredningen har även diskuterat om tandstödd krona inte skulle omfattas av det selektiva stödet under dessa två år som alla patienter efter strålbehandling mot huvud-halsregionen får selektivt stöd för karieskontroll. Å ena sidan kan redan restaurerade tänder som drabbas av nya kariesangrepp behöva kronförseres för att kunna behandlas med god tandvård vilket även kan vara mer kostnadseffektivt. Å andra sidan kan det i vissa fall vara lämpligt att avvakta med pro-

tetiska åtgärder tills man har kunskap om hur kariesaktiviteten kommer att utvecklas hos den enskilda patienten. Dessutom bör hänsyn tas till kostnadsramen för det selektiva stödet.

- Undergrupp b: Kariesbehandling (förebyggande och reparation inklusive endodonti och extraktion). Rehabilitering av tandluckor ingår inte. Syftet med behandlingen är att patienten inte ska förlora några tänder på grund av karies. Kronregeln bör tillämpas för gränsdragning mellan fyllning eller tandstödd krona. Övrig tandvård får patienten inom det generella statliga tandvårdsstödet.

Utredningen har diskuterat om en gräns på minst tre manifesta kariesangrepp för att omfattas av det selektiva stödet kan innebära att initiala kariesangrepp, det vill säga som enbart sträcker sig inom emaljen, och som hade kunnat behandlats icke-operativt kan komma att registreras som manifesta angrepp så att patienten kan omfattas av stödet. Ett förslag som diskuterats har varit att två av patientens minst tre kariesangrepp under den aktuella ersättningsperioden inte omfattas av det selektiva stödet, utan för dessa får det generella tandvårdsstödet tillämpas. Övriga kariesangrepp utöver dessa två omfattas av reparativ behandling inom det selektiva stödet. Detta alternativ innebär dock mer komplicerade regler.

Förslag till övriga villkor för undergrupp a

- Läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation som styrker att patienten genomgått strålbehandling mot huvud-halsregionen med hög stråldos mot spottkörtlarna bör bifogas prövning hos Försäkringskassan av patientens tillhörighet till stödet för de patienter som omfattas av kontroller under två år.
- För behandling med fast protetik anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.
- Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning.

Förslag till övriga villkor för undergrupp b

- Vid förhandsprövning av tillhörighet till stödet för kariesbehandling på grund av allvarlig kariesutveckling bör läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation som styrker att patienten genomgått strålbehandling mot huvud-halsregionen med strålriktning mot spottkörtlarna eller har eller haft sjukdom som påverkat spottkörtlarnas salivproduktion, bifogas prövningen.
- Ett gränsvärde för salivsekretion bör vara ett kriterium för att omfattas av det selektiva stödet. Detta gränsvärde bör troligen vara stramare än det som i dag finns för särskilt tandvårdsbidrag (STB). Detta eftersom patienter med mer måttligt nedsatt salivsekretion, som av detta skäl behöver fler förebyggande åtgärder och mer frekventa undersökningsbesök hos tandvården, får detta inom sin tandhälsoplan som bygger på riskbedömning av patienten. Det selektiva stödet bör vara avsett för patienter som i stort sett saknar salivsekretion och som får en allvarlig kariesutveckling. Utredningen har även diskuterat om ett mått på salivsekretionsmätning kan vara ett kriterium för tillhörighet till stödet då det finns svårigheter med att få pålitliga salivsekretionsmätningar eftersom individen har en naturlig dygnsvariation och att det dessutom går att subjektivt påverka resultaten. Utredningen menar dock att salivsekretionsmätning bör vara ett delkrav men inte ensamt kriterium för att avgöra tillhörighet.
- För behandling med fast protetik anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.
- Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning. Stödet bör kunna prövas för samma patient flera gånger.

Förslag till gemensamma villkor för de tre delgrupperna inom grupp 3

- Vid komplikationer och eventuell tillkommande behandling efter förhandsprövning bör endast tillkommande protetisk behandling behöva ingå i en kompletterande förhandsprövning. Det innebär att exempelvis åtgärder för endodonti ska kunna ersättas utan prövning.

4. Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma

Mål: Uppnå frihet eller reduktion ifrån smärta och en förbättrad oral förmåga.

Följande tillstånd föreslås omfattas:

- Långvariga smärttillstånd i käkområdet, det vill säga tillstånd som varar mer än 3 månader.
- Käkleder som affekterats av reumatisk eller annan sjukdom och som ger svår smärta eller ger sekundära förändringar i bettet.
- Andra sjukdomar eller defekter i käkleden.
- Akuta svåra smärttillstånd.

Nämnda tillstånd motsvarar i stort de som i dag får regionalt stöd antingen inom 3 § vid tandvård som ett led i sjukdomsbehandling enligt grupp 2 (defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet) eller grupp 8 (långvariga eller svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom)) eller enligt 2 § för oralkirurgiska åtgärder (käkledskirurgi samt utredningar och behandlingar av smärttillstånd). I dag finns dock stora skillnader mellan regionerna hur man tillämpar tandvårdsförordningen, dels avseende vilka patienter som kan provas för stödet och som därmed ingår och dels avseende vilken tandvård som ersätts för dessa patienter. I Socialstyrelsens utvärdering av de regionala tandvårdsstöden från 2018 framgår att de största variationerna i tolkningen av 2 § tandvårdsförordningen finns vid utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd och smärttillstånd. Bedömningstandläkare anger att de upplever det särskilt komplicerat att bedöma vårdbehovet hos patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen för att avgöra om de ska ingå i det särskilda tandvårdsstödet eller inte. I dag finns i många regioner krav på varifrån remissen ska komma för att patienten ska kunna provas och ingå i stödet. I flera regioner ersätts endast utredning av smärtan, men ingen behandling. Både bedömningstandläkare och kliniker anser enligt Socialstyrelsens utvärdering att regelverket är otydligt och ojämlikt för patienter med smärttillstånd.

Utredningen bedömer därför att för denna patientgrupp måste ett större omtag göras jämfört med dagens regelverk, även om det i

grunden är samma patienter och samma tillstånd som föreslås omfattas. I stället för att som i dag ha remiss från särskilda läkare som kriterium för tillhörighet bör regelverket för stödet i stället definiera vilka tillstånd som bör omfattas.

Vidare anser utredningen att patienter som drabbas av dysfunktionell ocklusion efter käkledskirurgi eller orsakad av sjukdom i käkleden bör omfattas för behandling för att återställa en fungerande ocklusion.

Avgränsning

För att identifiera de patienter som bör omfattas i grupp 4 inom det selektiva stödet för viss behandling bör en inledande undersökning hos specialist i bettfysiologi eller käkkirurgi ingå i stödet innan prövning av tillhörighet sker hos Försäkringskassan. Detta för att patienter som inte tillhör målgruppen ska hänvisas till allmäntandvården alternativt till specialisttandläkare i endodonti eller orofacial medicin och det generella tandvårdsstödet eller till hälso- och sjukvården beroende på orsak till smärtan. Därmed undviks en prövning för selektivt stöd för patienter som inte uppfyller kriterierna för att tillhöra stödet. Genom detta förfarande sker en kvalificerad identifiering av patienter som kan komma i fråga för selektivt stöd och prövningen innehåller ett adekvat underlag. Ytterligare fördelar är att det minskar risken att patienter med smärttillstånd ska avstå undersökning hos specialisten av ekonomiska skäl, samt att akut, svår smärta kan omhändertas snabbt. Remiss för dessa patienter kan komma såväl från tandvården som från sjukvården.

Långvariga smärttillstånd i käkområdet – mer än tre månader

Tillståndet bör avse långvariga, svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen, som inte är att hänföra till enstaka tand eller tandgrupp, allmän stress, spänning, tandpressning eller tandgnissling och som varat mer än tre månader. Smärtan kan finnas i käkar, ansikte, huvud eller nacken och den kan vara muskuloskeletal eller nervsmärta.

Utredningen har med bettfysiologer diskuterat vilka objektiva kriterier som finns för att identifiera patienter med smärta samt även för lokal artrit som inte beror på reumatisk sjukdom. Under senare

år har internationell konsensus tagit fram riktlinjer för dessa patienter. För långvarig smärta finns ett internationellt framtaget klassifikationssystem, DC/TMD (Diagnostic Criteria for TMD) som används både i Sverige och internationellt. Det finns även bra instrument (GCP-scale) för att kunna mäta smärta, men en nackdel är att patienten kan påverka resultatet genom att inte svara uppriktigt. Smärta är subjektiv och svår att på andra sätt jämföra mellan patienter. Under år 2020 publicerades International Classification of Orofacial Pain (ICOP) och här ingår DC/TMD och kriterier för käkledsartrit. ICOP initierades av WHO och International Association for the Study of Pain som en del av ICD-11 som framöver kommer att ersätta ICD-10 och kan vara ett stöd för framtagandet av regelverket för patienter med orofacial smärta och olika käkledsproblem.

Käkleder som affekterats av reumatisk eller annan sjukdom och som ger svår smärta eller ger sekundära förändringar i bettet

Utredningen anser att patienter som diagnosticerats med en reumatisk sjukdom och som uppvisat kliniska tecken på artrit i käkleden bör omfattas av stödet. Patienten ska inte behöva vänta på radiologiska förändringar i käkleden eller förändringar i bettet utan det går att se andra kliniska tecken på artrit. Det är då viktigt att minska inflammationen och förbättra bett- och käkledsfunktionen. I dessa fall kan kirurgi eller protetik alternativt ortodonti behövas. Det är mycket få av dessa patienter som behöver käkledskirurgi. Patienter kan även ha lokal artrit i käkleden utan att ha reumatisk sjukdom. Här är det svårare att avgränsa vilka patienter som bör omfattas av stödet. Det finns dock numera internationella kriterier även för dessa artriter i ICOP International Classification of Orofacial Pain, se vidare ovan.

På grund av sjukdom i käkleden eller efter käkledskirurgi kan bettet förändras så mycket att fungerande ocklusion saknas. Detta tillstånd av dysfunktionell ocklusion måste behandlas för att patienten ska kunna bita ihop och tugga. Behandlingen kan innefatta protetik, ortodonti, ocklusal påbyggnad eller bettslipning, eller en kombination av dessa. Utredningen anser att detta tillstånd bör omfattas för behandling inom det selektiva stödet för viss tandvård.

Andra sjukdomar eller defekter i käkleden.

Det kan exempelvis avse käkledsankylos eller benigna tumörer (osteokondrom eller osteom) i käkleden eller defekter som orsakats av trauma. Även defekter eller lokala sjukdomar i käkleden som orsakar nedsatt funktion bör omfattas av det selektiva stödet. Såväl artrit som artros kan bryta ner käkleden utan att patienten har någon svår smärta medan det i andra fall kan ge patienten svår smärta. Artriter kan vara lokala i käkleden eller vara orsakad av reumatisk sjukdom hos patienten. Mindre käkledsproblem som knäppning eller ömhet över käkleden bör inte omfattas av det selektiva stödet.

Akuta svåra smärttillstånd

Utredningen anser att andra akuta svåra smärttillstånd som inte är odontogena eller som inte har en känd orsak bör omfattas av stödet. Det kan exempelvis vara nervskada efter ansiktstrauma eller tandbehandling, trigeminusneuralgi eller annan svår smärta i käkarna av okänd orsak.

Regelverk

Utredningen anser att separata tillstånd bör finnas för de olika smärttillstånden, sjukdomarna och defekterna. Villkoren för att omfattas av ett av dessa tillstånd ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Behandling som bör omfattas

- En första översiktlig undersökning av specialist i bettfysiologi eller käkkirurgi för att avgöra om patienten ska prövas i det selektiva stödet, remitteras vidare till sjukvården alternativt annan odontologisk specialitet eller hänvisas åter till allmäntandvården. Utredningens förslag är att denna undersökning ingår i det selektiva stödet även för de patienter som efter undersökningen inte prövas för det selektiva stödet för viss behandling utan hänvisas vidare till annan vårdgivare inom tandvården eller hälso- och sjukvården.

- Fortsatt undersökning, diagnostik inklusive olika typer av röntgenundersökningar, sjukdomsbehandling, ocklusionsjusterande åtgärder såsom bettslipning, motorisk aktivering, ledinjektioner, läkemedelsbehandling, akupunktur, bettskena, ocklusal stabilisering eller uppbyggnad såväl med fyllningsmaterial som med protetik, beteendemedicinsk behandling samt kirurgisk behandling av käkleden. Förutom käkledskirurgi avses artroscopier eller artroskopi. För flertalet patienter används vanligtvis endast ett fåtal och mindre omfattande åtgärder. Till exempel vid långvarig smärta är behandlingen vanligen uppdelad i en utredningsfas och en behandlingsfas med information, beteendeterapi och motorisk aktivering (rörelseträning) vilken oftast är relativt kortvarig. Vid käkledsarthrit inleds med att behandla inflammation (ledinjektioner och läkemedelsbehandling), därefter motorisk aktivering och beteendemedicinsk behandling. Kirurgisk behandling av käkleden bedöms endast behövas för ett fåtal patienter. Motsvarande bedömning är att det även är få patienter som behöver få bettfunktionen återställd med protetik. Vid akuta svåra smärttillstånd är utredning av smärtans orsak centralt. En del av dessa patienter kommer troligen efter den första undersökningen att hänvisas vidare som nämnts ovan. Andra bör få behandling inom stödet, troligen mestadels i form av läkemedelsbehandling.
- Utredningen ser att särskilda villkor behövs för när kirurgisk behandling av käkleden eller när protetisk behandling vid dysfunktionell ocklusion ska omfattas. För behandling av dysfunktionell ocklusion bör även ortodonti kunna omfattas.

Förslag till övriga villkor

- Diagnoser bör ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare i bettfysiologi alternativt käkkirurgi, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
- Utredningen anser att prövning till Försäkringskassan om tillhörighet till stödet ska göras av specialisttandläkare i bettfysiologi alternativt käkkirurgi, det vill säga i de flesta fall av den tandläkare som gjort den inledande undersökningen innan prövningen.

- Vid behandling med andra åtgärder än kirurgi, fast protetik eller ortodonti anser utredningen att det inte behövs någon prövning av detaljerat behandlingsförslag.
- För behandling med kirurgi, fast protetik eller ortodonti anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.
- För patienter med långvariga eller svåra smärttillstånd bör stödet gälla ett år efter tillstyrkt förhandsprövning.
- För patienter med reumatiska eller andra sjukdomar i käkleden bör stödet gälla för en period om två år.
- Samma patient ska kunna prövas flera gånger för samma tillstånd om villkoren för tillhörighet är uppfyllda. Det bör även vara möjligt för en enklare prövning vid akutisering av fastställt tillstånd, exempelvis en artrit som återkommer akut. Patienten behöver vanligen skyndsamt få antiinflammatorisk behandling (ledinjektion och läkemedelsbehandling).

5. Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan

Mål: Uppnå en frihet/reduktion ifrån smärta och infektion samt om möjligt från sjukdom och en förbättrad oral förmåga.

Följande tillstånd föreslås omfattas:

- Infektioner.
- Benigna vävnadsnybildningar.
- Tillstånd med viss risk för malignisering.
- Inflammatoriska tillstånd.
- Vesico-bullösa tillstånd.
- Pigmenterade förändringar.
- Munsveda.
- Avvikande reaktion mot dentala material.
- Andra patologiska förändringar.

Nämnda tillstånd motsvarar i stort de som i dag får regionalt stöd antingen enligt tandvårdsförordningens 3 § för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom grupp 5 (patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar fått förändringar i munslemhinnan), enligt 2 § för oralkirurgiska åtgärder (utredningar och behandlingar av oralmedicinska tillstånd) eller 6 § (personer som får tandfyllningar utbytta på grund av avvikande reaktioner mot dentala material). I Socialstyrelsens utvärdering av de regionala tandvårdsstöden från 2018 framgår att de största variationerna i tolkningen av 2 § tandvårdsförordningen finns vid utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd och smärttillstånd.

Avgränsning

Även för de patienter som bör omfattas i grupp 5 inom det selektiva stödet för viss behandling föreslår utredningen att en inledande undersökning hos specialist i orofacial medicin, parodontologi eller käkkirurgi bör ingå i stödet innan prövning av tillhörighet sker hos Försäkringskassan. Detta för att patienter som inte tillhör målgruppen ska hänvisas till allmäntandvården och det generella tandvårdsstödet eller till hälso- och sjukvården. Därmed undviks en prövning för selektivt stöd för patienter som inte uppfyller kriterierna för stödet och därmed inte ska behandlas inom detta. Genom detta förfarande sker en kvalificerad identifiering av patienter som kan komma i fråga för selektivt stöd och prövningen innehåller ett adekvat underlag. Ytterligare fördelar är att det minskar risken att patienter med oralmedicinska tillstånd i slemhinnan avstår undersökning hos specialist av ekonomiska skäl. Detta är inte minst viktigt då det kan vara allvarliga tillstånd. Påpekas bör att maligna tillstånd, även de som är belägna i munhålan, alltid ska behandlas av hälso- och sjukvården.

Utredningen anser således att utredning av alla patologiska förändringar i munslemhinna och läppar bör ingå i det selektiva stödet så att patienten kan få en diagnos. Däremot kan själva behandlingen i flera fall utföras inom allmäntandvården och endast i vissa fall omfattas av det selektiva stödet. Nedan följer en kort beskrivning av ovan nämnda tillstånd med avgränsning för när behandling bör omfattas inom det selektiva stödet.

Infektioner

Infektioner i munslemhinnan kan vara orsakade av bakterier, svamp eller virus. Majoriteten av infektionerna i munslemhinnan behandlas vanligtvis inom allmäntandvården. Utredningen menar att när sedvanlig behandling av en infektion i munslemhinnan inom allmäntandvårdens inte gett resultat, kan behandling av en sådan infektion omfattas av det selektiva stödet.

Benigna vävnadsnybildningar

Godartade vävnadsnybildningar består av normala celler, är lokalt belägna och sprider sig inte i omkringliggande vävnader. Tumörerna kan ändå orsaka skada genom att påverka omkringliggande vävnader. Många av dessa lokala vävnadsnybildningar hanteras inom allmäntandvården. Det finns dock benigna vävnadsnybildningar som behöver tas bort kirurgiskt med marginal för att förhindra recidiv. Behandling med kirurgiskt avlägsnande av denna typ av vävnadsnybildningar bör omfattas av selektiva stödet. Exempel på dessa är pyogent granulom och perifert jättecellsgranulom.

Tillstånd med viss risk för malignisering

Utredningen anser att kontroll och behandling av alla tillstånd med risk för malignisering bör ingå i det selektiva stödet för viss behandling. Ett exempel är oral leukoplaki som har maligniseringsrisk på 3–11 procent där biopsi tas för att utesluta celldysplasi eller cancer. Leukoplakin kan inte botas utan behandlingsalternativen är att kirurgiskt avlägsna den eller bevaka att den inte förändras. I vissa fall är leukoplakin alltför omfattande eller har en sådan placering att det inte går att avlägsna den i sin helhet. Dessutom återkommer cirka 30 procent av de leukoplakier som tagits bort. Förändringen bör kontrolleras var 6:e månad de första fem åren efter upptäckt och därefter årligen. Andra exempel är röda slemhinnefläckar, erythroplakier, som har viss risk för malignisering och ska regelbundet kontrolleras. Vid oral lichen planus finns viss risk för malignisering. Cirka 0,5 procent av de som drabbas av tillståndet utvecklar skivepitelcancer under sin livstid.

Inflammatoriska tillstånd

Utredningen föreslår att inflammatoriska tillstånd i munslemhinnan som har samband med en systemsjukdom bör omfattas för behandling inom det selektiva stödet. Det kan exempelvis vara lichenoida vävnadsreaktioner eller lingua geografica. Gruppen lichenoida vävnadsreaktioner omfattar oral lichen planus (OLP), lichenoid kontaktreaktion, lichenoid läkemedelsreaktion och graft-versus-host-disease. OLP är en kronisk autoimmun sjukdom med okänd orsak som påverkar munslemhinnan. Diagnosen ställs genom klinisk undersökning och den histopatologiska bilden som dock inte går att skilja från den lichenoida kontaktreaktionen. Det finns en risk, om än liten, för malign omvandling vid OLP. Vid symtomfrihet kan uppföljning göras årligen. Vid symtom bör behandling ske med läkemedel och uppföljning var 6:e månad.

Vesico-bullösa tillstånd

Pemfigoid och pemfigus är kroniska, autoimmuna sjukdomar som ger symtom i form av blåsor/ulcerationer på hud och slemhinnor. Patienter med dessa manifestationer i munhålets slemhinnor bör omfattas för behandling inom det selektiva stödet. Pemfigoid kan ge symtom även på hud, ögon och genitalia och medför ofta en lång behandling med flera biverkningar. Pemfigus är en grupp av blåsbildande sjukdomar som kan engagera hud och slemhinnor inklusive munhålets slemhinnor. Blåsorna ligger ytligt, brister lätt och ger då upphov till sår som kan vara vätskande och lättblödande med fördröjd sårhäkning. Vissa av tillstånden tillhör sällsynta hälsotillstånd vilket innebär att patienten kan vara berättigad till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid.

Pigmenterade förändringar

Efter att patienten undersökts och diagnos ställts bör flertalet av dessa patienter få sina kontroller utförda inom allmäntandvården och därmed inte omfattas av det selektiva stödet för annat än utredningen. Risken för att pigmentfläckar övergår i malignitet är mycket låg.

Munsveda

Tillståndet kallas ofta Burning mouth syndrom (BMS) och är ett kroniskt smärttillstånd från munslemhinnan som inte kan förklaras av annan diagnos. Orsakerna tros vara neuropatiska, hormonella eller psykogena. För att ställa diagnos utesluts differentialdiagnoser, exempelvis vitaminbristsjukdomar. Behandlingen består främst av symtomlindring. Flertalet av patienter med munsveda bör primärt behandlas inom allmäntandvården. I de fall denna behandling inte ger någon lindring av symtomen bör behandling kunna omfattas av det selektiva stödet.

Avvikande reaktioner mot dentala material

Patienter som uppvisar avvikande reaktion i munslemhinnan mot dentala material bör omfattas för behandling. Det ska finnas ett samband mellan reaktionen i slemhinnan och materialet. Avvikande reaktioner kan vara en lichenoid kontaktreaktion eller en befarad allergi mot materialet. En lichenoid kontaktreaktion i munslemhinnan orsakas oftast av amalgam och som ligger i direkt kontakt med fyllningsmaterialet. Behandlingen består av utbyte av de amalgamfyllningar som ligger i nära kontakt med förändringen vilket medför att 9 av 10 förändringar läker ut. För att behandling ska omfattas vid befarad allergi bör dokumenterad allergi för materialet (hudtest) gjord av läkare med specialistbehörighet i dermatologi eller allergologi finnas. För att en fyllning ska kunna bytas inom stödet på grund av lichenoid kontaktreaktion ska tillståndet vara verifierat med PAD.

Andra patologiska förändringar

Andra patologiska förändringar i munslemhinnan, akuta eller kroniska, kan vara orsakade av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar, till exempel allvarliga blodsjukdomar, immunologiska sjukdomar, symtomgivande hiv-infektion och behandling med cytostatika. Utredningen menar att behandling av dessa munslemhinneförändringar bör omfattas av det selektiva stödet. Dessa

behandlingar ligger vanligen inte inom allmäntandvårdens kompetensområde.

Exempel på patologiska förändringar orsakade av sjukdom är orofacial granulomatos, ett ospecifikt tillstånd som kan ses vid Crohns sjukdom, sarkoidos och vissa infektioner. Symtombilden är läppsvullnad, rodnad, veck på munslemhinnan och smärta.

Ett annat exempel på andra patologiska förändringar är recidiverande aftös stomatit, en smärtsam förändring som drabbar cirka 2 procent av befolkningen. Om dessa patienter har svåra besvär bör behandlingen omfattas av det selektiva stödet. Behandlingen består i att utesluta bland annat allergier och bristtillstånd, eliminera traumatisk belastning intraoralt och behandling med läkemedel.

Regelverk

Villkoren för att omfattas stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. Särskilda tillstånd bör finnas för utredningar av oralmedicinska tillstånd. Därtill bör tillstånd finnas för de olika oralmedicinska tillstånden som omfattas av behandling. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Behandling som bör omfattas

- En första undersökning av specialist i orofacial medicin/käkkirurgi/parodontologi bör ingå i stödet innan prövning om tillhörighet sker till Försäkringskassan. Detta gäller även för de patienter som hänvisas till allmäntandvården eller sjukvården, det vill säga till annat ersättningssystem.
- Utredning bör ingå för samtliga oralmedicinska tillstånd.
- Fortsatt undersökning, diagnostik inklusive biopsi med PAD eller mikrobiologisk analys, sjukdomsbehandling, läkemedelsbehandling, kirurgisk behandling, fyllningar, protetiska åtgärder, samt kontroller.
- Vid avvikande reaktion mot fyllningsmaterial bör endast byte av felfria fyllningar eller kronor ingå. Fyllning byts mot fyllning, såvida inte fyllningen har omfattning motsvarande kronregeln. Om

patienten reagerar mot materialet i en avtagbar protes byts denna mot en protes utan det aktuella materialet. Vid fast protetik bör utbyte mot befintlig konstruktion ingå. Eventuellt tillkommande behandling bör ersättas inom det generella tandvårdsstödet.

- Behandling av enklare oralmedicinska tillstånd ingår i allmän-tandvårdens vårduppdrag och bör inte omfattas. Förutom vad som nämnts ovan är exempel på sådana enklare tillstånd kronisk irritation eller inflammation på grund av plack, påbitning, fyllningsöverskott eller dåligt passande proteser. Andra exempel är snuslesioner samt obehandlad stomatit och candidos. Dessa behandlingar utförs inom det generella statliga stödet.

Förslag till övriga villkor

- Diagnoser bör ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare i orofacial medicin, käkkirurgi eller parodontologi, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
- Utredningen anser att prövning till Försäkringskassan om tillhörighet till stödet ska göras av specialisttandläkare inom orofacial medicin, käkkirurgi eller parodontologi.
- När patienten fått tillhörighet till det selektiva stödet kan behandlaren tillämpa de åtgärder som är ersättningsberättigande enligt föreskrifterna för de tillstånd som ska behandlas. Det vill säga någon prövning av behandlingsförslag behövs inte utom vid fastsittande protetik.
- Allergikutredning ska göras av specialistläkare med behörighet i dermatologi eller allergologi.
- Stödet bör gälla ett år efter tillstyrkt prövning.
- Samma patient kan provas flera gånger. Det bör även vara möjligt för en enklare prövning vid akutisering av fastställt tillstånd.

Förhandsprövning, omgörning och specialistundersökning före prövning av tillhörighet

Förhandsprövning

Utredningen föreslår att förhandsprövning av ett detaljerat behandlingsförslag med tillstånd och åtgärder endast ska behövas vid omfattande, mer kostsamma behandlingar som vid fast protetik, vid viss ortodonti samt vid käkledskirurgi. För övrig behandling kan behandlaren tillämpa de åtgärder som är ersättningsberättigande för det aktuella tillståndet. Under behandlingen kan komplikationer uppkomma som medför att det ursprungliga behandlingsförslaget inte kan utföras utan att fler åtgärder behövs. Tilläggsprövning bör då endast behövas för tillkommande åtgärder och endast för de ortodontiska, protetiska eller kirurgiska åtgärder som har kravet om förhandsprövning.

Tydliga villkor i föreskrifter bör ange när en patient kan tillhöra det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Idealt är om villkoren kan styrkas med objektiv dokumentation. Utredningen har diskuterat vilken dokumentation som bör krävas. Krav på dokumentation vid förhandsprövning kan exempelvis vara:

- Befintliga röntgenbilder som tagits för diagnostik och terapiplanering, exempelvis helstatus, profilröntgen eller panoramröntgen vid flertalet tillstånd.
- Studiemodeller vid käkanomalier, prognati, retrognati, tandanomalier, agenesier, ätstörningssjukdom, dysfunktionell ocklusion, tandskada vid epilepsi eller ätstörningssjukdom.
- Kefalometrisk analys vid käkanomalier.
- Kliniska foton vid oralmedicinska tillstånd, tandskada vid epilepsi eller ätstörningssjukdom.
- Skriftlig motivering exempelvis varför behandling med både protetik och ortodonti behövs.
- Läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation vid defekt i käken, tandskada vid epilepsi, ätstörningssjukdom eller strålbehandling.

Omgörning

Tydliga regler bör gälla för de fall en behandling eller konstruktion som utförts inom det selektiva stödet behöver göras om. Utredningens förslag är att motsvarande omgörningsregler som finns i det generella statliga tandvårdsstödet bör gälla vid omgörning de första åren efter behandling, det vill säga att ny ersättning inte lämnas inom tre år vid fast protetik och inom ett år vid avtagbar protetik. Detta såvida inte något av de reglerade undantagen gäller. Sådan omgörning bör vara kostnadsfri för patienten men det avgörs i dag av vårdgivarens garantier. Som framgår av kapitel 2 avsnitt 2.4.5 föreslår utredningen att garantier inom tandvården bör utredas vilket är en viktig fråga inte minst för de patienter som omfattas av det selektiva stödet. Reglerna för omgörning inklusive omgörningstidens längd kan eventuellt behöva modifieras för vissa behandlingar eller vissa av tillstånden inom stödet. I det fall omgörning behövs under omgörningstiden och den nya behandlingen utförs av annan vårdgivare än den som utförde den första behandlingen föreslås motsvarande regler gälla som inom det generella tandvårdsstödet.

För det selektiva stödet för viss behandling uppkommer även frågan vad som bör gälla längre fram i livet för en protetisk konstruktion som exempelvis utförts för en medfödd missbildning på grund av på avsaknad av ett antal tandanlag. Protetiska konstruktioner varar vanligen inte hel livstid utan behöver någon eller några gånger ersättas med en ny konstruktion. Skälet för omgörning bör dock vara avgörande för om ny konstruktion bör omfattas av det selektiva stödet, exempelvis kan sekundärkaries vara ett skäl som innebär att omgörning inom det selektiva stödet inte bör ersättas. Inom dagens regionala särskilda tandvårdsstöd är man vanligen restriktiv med att patienter ska kunna få särskilt stöd igen. Flera regioner anger att särskilda skäl ska föreligga för att patienten ska få en ny konstruktion inom detta stöd. När behandling för patienter med särskilda behov reglerades av staten i 9 § i tidigare tandvårdsstöd¹ ersattes ny konstruktion om orsaken till att konstruktionen utförts exempelvis var en medfödd missbildning. Utredningen menar att det blir en fråga för myndigheterna att överväga skälen för och emot om det ursprungliga tillståndet ska kunna behandlas igen inom det selektiva stödet och även se om det ryms inom anslagna medel. Detta gäller

¹ 9 § tredje stycket tandvårdstaxa (1973:638).

främst grupp 1 och grupp 3:1. För grupp 3:2 ingår endast en rehabilitering och därmed omfattas de inte heller av omgörning. För grupp 2 Defekt i käken som orsakats av sjukdom, medicinsk sjukdomsbehandling eller trauma anser dock utredningen att omgörning eller justering av en konstruktion efter omgörningstiden behöver kunna ersättas inom det selektiva stödet eftersom varken tillstånd eller åtgärder för sådan behandling finns inom det generella stödet. Dessutom, som nämnts under villkoren för de olika grupperna anser utredningen, att patienter med sjukdom bör kunna prövas igen för samma tillstånd, det vill säga grupperna 3:3, 4 och 5.

Specialistundersökning före prövning av tillhörighet

För grupp 4 Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma och grupp 5 Oral-medicinska tillstånd i munslemhinnan föreslår utredningen att en undersökning av specialisttandläkare ska ingå i det selektiva stödet redan innan patienten prövats för tillhörighet av Försäkringskassan. Detta för att rätt patienter ska prövas, prövningen ska ha ett bra underlag och för att patienter av ekonomiska skäl inte ska avstå en specialistundersökning av ekonomiska skäl. De nackdelar eller risker som har diskuterats är om dessa specialisttandläkare kommer att bli överhopade och om det finns tillgång till specialister i alla regioner. Vid diskussion med specialister inom bettfysiologi, som är den till numerären minsta specialiteten, tror man inte att antalet remisser kommer att öka markant eftersom det redan i dag remitteras patienter som bör omhändertas i allmäntandvården. Med det föreslagna systemet med distinkta villkor kan det snarare bli tydligare att dessa patienter hänvisas tillbaka till allmäntandvården. För oral medicin sker redan i dag en sortering då många remisser innehåller foto. Vad gäller antalet specialister gör utredningen bedömningen att samtliga regioner har tillgång till specialisttandläkare i bettfysiologi eller käkkirurgi för undersökning av patienter inom grupp 4 och till specialisttandläkare i orofacial medicin, parodontologi eller käkkirurgi för undersökning av patienter inom grupp 5.

Regionalt tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården

I denna bilaga beskrivs utredningens förtydliganden och övervägande ur odontologisk synpunkt angående regionens tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården. Utredningen har uppgiften att lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Med särskilda behov avses i detta avsnitt den tandvård som utförs på grund av ett medicinskt beslut av hälso- och sjukvården eller som på andra sätt kräver hälso- och sjukvårdens medverkan för en patientsäker hantering med hänsyn till patientens allmänsjukdom eller tillstånd. Utredningen menar att denna tandvård ska ges till samma avgifter som inom hälso- och sjukvården för att säkerställa att vården inte behöver skjutas upp på grund av ekonomiska skäl utan kan ges vid en tidpunkt som är optimal. I bilagan ges en övergripande beskrivning av de patientgrupper där samarbete mellan medicinsk och odontologisk vårdpersonal är nödvändig för att patienten ska få optimal vård. Då förslagen har tagits fram har utredningen diskuterat vilka patientgrupper som bör omfattas och vad som ska ersättas. Diskussioner har även ägt rum översiktligt om hur prövning ska gå till och hur vården ska rapporteras för att möjliggöra uppföljning på nationell nivå. Frågorna om patientgrupper samt hur prövning och uppföljning av stödet ska gå till föreslås regleras i särskild förordning. Förordningen blir översiktlig. Därefter blir det respektive region som beslutar om närmare anvisningar om detaljer såsom andra tillstånd eller behandlingar som bör omfattas av stödet som utredningen inte haft kännedom om. Det finns även möjlighet för en region att erbjuda sina invånare mer än vad som förordningen ställer som krav.

Utifrån regelverket föreslås varje region organisera tandvårdens samverkan med hälso- och sjukvården på lämpligt sätt. Regionernas anvisningar bör grunda sig på bästa tillgängliga kunskap för vilka tillstånd som bör omfattas och vilka behandlingar som bör ersättas, exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU:s kunskapsöversikter eller motsvarande. Vidare bör anvisningar, och även förordningen, kontinuerligt ses över och uppdateras för att följa med den vetenskapliga, medicinska och odontologiska utvecklingen.

Observera att bilagan endast beskriver utredningens förslag, som ett stöd för regionernas fortsatta arbete för tillämpning av stödet.

Målgrupper för regionernas tandvårdsstöd

Utredningen föreslår att det regionala tandvårdsstödet delas upp i tre grupper:

- Medicinsk sjukvårdsinsats för att patienten ska kunna genomgå en tandvårdsbehandling, där regionalt stöd ges för själva sjukvårdsinsatsen, men inte för tandvårdsbehandlingen. Själva tandvårdsbehandlingen ges inom statligt tandvårdsstöd, antingen det generella eller selektiva, alternativt som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling
- Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling.
- Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.

De tre ovan nämnda grupperna omfattar följande patientgrupper i behov av ett regionalt tandvårdsstöd för vissa behandlingar i samverkan med sjukvården.

Tabell 1 Sammanfattning av de målgrupper som omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården

Patienter i behov av	
Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård	– Behandling för tandvårdsfobi. – Intravenös sedering eller narkos. – Medicinsk beredskap eller övervakning.
Tandvårdsinsats som en del av en sjukvårdsbehandling	– Odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukdomsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav. – Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material. – Odontologisk utredning och behandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion. – Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig sjukdom eller livshotande tillstånd. – Akut tandvård i slutskede av palliativ slutenvård. – Sömnapnéskena på medicinsk indikation.
Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus resurser	– Behandling med rekonstruktiv kirurgi. – Behandling av käkfraktur. – Annan käkkirurgisk behandling som uppfyller kravet på patientsäkerhetsskäl som kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.

Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård

Denna del omfattar patienter vars medicinska sjukdom eller funktionsnedsättning medför att det krävs en sjukvårdsinsats för att en ordinär tandvårdsbehandling ska kunna utföras. Dessa patienter ska få själva sjukvårdsinsatsen inom regionens regi och till patientavgift som inom öppen hälso- och sjukvård. Själva tandvårdens kostnad hanteras inom statligt tandvårdsstöd, generellt eller selektivt, alternativt som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling.

Behandling av tandvårdsfobi

Tandvårdsrädsla motsvarar ofta diagnosen specifik fobi (ICD-10 40.2) men kan även ingå i paniksyndrom (41.0).¹ Cirka fem procent av den vuxna befolkningen har sådan ångest inför att genomgå tandvård att de helt eller delvis undviker det. Tillståndet är vanligare hos kvinnor och leder ofta till sämre munhälsa, allmän hälsa och livskvalitet. Vid avgränsade ångesttillstånd, dit specifik fobi tillhör, är kognitiv beteendeterapi (KBT) en effektiv behandlingsmetod med gott vetenskapligt stöd. KBT är en bred psykoterapeutisk inriktning baserad på inlärningsteori och kognitiv teori, och är en handlingsriktad behandlingsform som utgår från en beteendeanalys. Den psykologiska behandlingen av tandvårdsrädsla utförs av psykolog, psykoterapeut eller psykiater, med fokus på exponering i tandvårdsmiljö. Psykologbehandlingen följs av tandbehandlingar hos tandvården där syftet är att pröva de färdigheter patienten fått under psykologbehandlingen. Målet med behandlingen är att ge patienten verktyg för att kunna genomföra tandvårdsbehandlingar utan psykologiskt stöd och i förlängningen kunna upprätthålla regelbunden tandvård.

Nuvarande regelverk

Patienter med tandvårdsfobi undviker tandvård och får ofta kontakt med vården genom akutbesök inom tandvården eller hälso- och sjukvården på grund av tandvärk eller andra akuta orala symtom. I regionernas tandvårdsstöd finns i dag möjlighet att få behandling av tandvårdsrädsla för den som är extremt tandvårdsrädd med avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Den som trots ett stort behandlingsbehov under ett stort antal år avhållit sig från tandvårdsbehandling, förutom akuta besök, och som bedöms lida av extrem tandvårdsrädsla vid utredning hos både tandläkare och psykolog, psykoterapeut eller psykiater får ta del av stödet. Tandvårdspersonalen ska ha en icke obetydlig erfarenhet av att behandla tandvårdsrädda patienter och behandlingen ska genomföras i samverkan mellan tandvård och terapeut utifrån en fastställd vårdplan. Stödet är avsett att gälla enbart behandlingen av tandvårdsrädslan men även den tandvård som utförs i anslutning till denna fobibehandling kan ingå.

¹ Wide, *Behandling av svår tandvårdsrädsla/fobi hos vuxna. Regional medicinsk riktlinje*, Västra Götalandsregionen, 2018.

Diskussion kring utredningens överväganden

Utredningen föreslår att stödet till extremt tandvårdsrädda även i fortsättningen ska vara ett regionalt ansvar. Huvudskälet för detta är att stödet till dessa patienter avser fobibehandling som i likhet med annan fobiträning hanteras i hälso- och sjukvården. Det skulle dock gå att motivera att gruppen svårt tandvårdsrädda i stället borde ingå i det statliga selektiva tandvårdsstödet under viss tid. Ett argument för det kan vara att det i de flesta fall är tandvården som initierar behandlingen, och inte sjukvården, något som skulle tala för att gruppen ska höra till det statliga stödet. Samtidigt är syftet med behandlingen den fobibehandling som psykolog, psykoterapeut eller psykiater utför medan tandvårdsbehandlingen enbart syftar till att utföra den exponering som är nödvändig för att genomföra den kognitiva beteendeterapin med framgång. Fobibehandling är inte en tandvårdsbehandling och psykolog, psykoterapeut eller psykiater är inte anslutna till det statliga tandvårdsstödet hos Försäkringskassan. Utredningen ser därför svårigheter för Försäkringskassan att hantera fobibehandlingen som en del av det statliga stödet. Utredningen föreslår att KBT för att behandla tandvårdsfobi ska erbjudas patienter som inte klarar att genomgå tandvård. Det finns ingen vedertagen definition av begreppet extrem tandvårdsrädsla. Som benämning på tillståndet föreslås att tandvårdsfobi används utifrån kriterierna för specifik fobi. Utredningen har inte funnit skäl till att hantera fobiträning avseende tandvårdsrädsla på ett annat sätt än övriga specifika fobier. KBT-behandling utförs generellt av psykolog, psykiater eller psykoterapeut inom sjukvården. Den exponering som behöver utföras som en del av fobibehandlingen utförs av tandvården. Behandlaren av fobin gör en bedömning om patienten har så stark rädsla att behandlingen ska omfattas av det regionala tandvårdsstödet och om patienten bedöms kunna bli hjälpt av KBT-behandling. Psykometriska test kan användas för att göra bedömningen. I vissa fall kan patienten ha en mer generell fobisk problematik eller annan psykisk ohälsa som gör att den exponerande tandvårdsbehandlingen inte är möjlig att genomföra. Patienten hänvisas då till primärvården för vårdinsatser. I ett senare skede kan fobiträning med tandvårdsexponering vara aktuell.

Utredningen har diskuterat om även viss tandvårdsbehandling ska ingå i stödet. I dag tydliggör 4 § tandvårdsförordningen att de tandvårdsbehandlingar som utförs inom fobibehandlingen betalas

med patientavgift som inom öppen hälso- och sjukvård. Nackdelen med stöd även för tandvårdsbehandlingen är att patienter kan attraheras av att få tillgång till billigare tandvård utan att vara beredda att fullt ut genomgå fobibehandlingen. Utredningen menar därför att själva tandvårdsbehandlingen inte ska omfattas av regionernas tandvårdsstöd utan i stället ingå i det generella statliga tandvårdsstödet. Tandvårdens medverkan i exponeringsbehandlingarna är dock tidskrävande vilket innebär att tandvården inte får kostnadstäckning för sin del av behandlingen enbart genom generellt tandvårdsstöd och ordinär prissättning. Utredningen föreslår därför att tandvården får ersättning för den mertid som krävs för fobiträningen ifrån regionen, förslagsvis beräknad som en schablon utifrån en fast tidsåtgång som kan fördelas vid flera besök anpassad till den enskilda patientens behov.

Alla regioner utom en ger i sina anvisningar i dag möjlighet att få en narkosbehandling initialt om patienten har så stora akuta symtom att dessa gör fobibehandlingen omöjlig. Detta då svårt tandvårdsrädda personer ofta har ett omfattande behandlingsbehov med svåra akuta infektioner. Utredningen föreslår att denna möjlighet bör finnas även fortsättningsvis. Dock bör inte hela tandvårdsbehovet åtgärdas under narkos eftersom det måste finnas ett kvarstående behandlingsbehov som kan åtgärdas under exponeringsbehandlingarna. Däremot anser utredningen att narkosbehandling för tandvårdsrädda patienter som inte genomgår fobibehandling inte bör få den subvention för narkos som det regionala tandvårdsstödet innebär eftersom tandvårdsbehandling under narkos har sämre evidens för att minska tandvårdsfobi än KBT. Inom tandvården har patienter som känner oro även möjlighet att få sedering med lustgas eller ångstdämpande/lugnande läkemedel för att underlätta behandlingen.

I Socialstyrelsens arkiverade meddelandeblad från 2004 angavs att om patientens fobi inte kan botas upphörde rätten till tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. I regionernas regelverk tolkas detta fortfarande som att behandling för tandvårdsfobi bara kan ges under en behandlingsperiod. Samtidigt påtalas i Socialstyrelsens utredning från år 2018 att patienten kan behöva ytterligare fobibehandling då de kommer tillbaka till tandvården för kommande behandlingar. Utredningen anser att en patient inte kan nekas att få behandling mot tandvårdsfobi vid upprepade tillfällen under livet eftersom tandvårdsfobi bör likställas med andra specifika

fobier. Till exempel kan en patient med agorafobi (torgskräck) få KBT-behandling på nytt om symtomen återkommer. Fobibehandling för tandvårdsrädsla bör därför vara möjlig att få vid flera tillfällen om rädslan återkommer senare i livet.

Utredningens förslag är att följande behandling av tandvårdsfobi föreslås ingå i regionernas ansvar:

- KBT-behandling hos psykolog, psykoterapeut eller psykiater utförs med avgifter som inom öppen hälso- och sjukvård för patienter som uppvisar kriterier för specifik fobi genom ett tydligt undvikandebeteende vad gäller tandvård och relevanta skattningskalor (psykometriska test). Bedömning av ifall fobibehandling bör utföras görs medicinskt av hälso- och sjukvården.
- Den mertid som tandvårdens medverkan i fobibehandlingen kräver, och som är orsakad av patientens fobidiagnos ska ersättas av regionens tandvårdsstöd. Denna del av subventionen är en tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling. Denna beskrivs senare i dokumentet.
- I vissa fall kan en inledande narkos vara nödvändig på grund av svåra akuta behandlingsbehov som omöjliggör en KBT-behandling. Narkosbehandlingen bör då ingå som en sjukvårdsinsats för att patienten ska kunna genomgå ordinär tandvård. Patienten betalar för tandvården som utförs under narkos inom det statliga tandvårdsstödet.
- För den tandvård som utförs under fobibehandlingen betalar patienten i enlighet med det statliga tandvårdsstödet, generellt eller selektivt beroende på patientens tillhörighet.

Intravenös sedering eller narkos vid tandvård

Patientens medicinska tillstånd eller funktionsnedsättning kan kräva mer avancerad sedering än vad som kan ges vid öppenvård inom tandvården. Anledningen till sederingen är i dessa fall inte tandvårdsbehandlingens svårighetsgrad utan beror helt på patientens medicinska tillstånd eller funktionsnedsättning. Om sedering med läkemedel eller lustgas är tillräckligt och patienten har en låg medicinsk risk kan detta utföras inom tandvårdens regi, medan sedering med generell anestesi (narkos) och intravenös sedering vanligen utförs

inom sjukvården. I sjukvårdstjänsten omfattas inte bara själva sövningen utan även postoperativ övervakning samt möjlighet att lägga in patienten för slutenvård vid hög medicinsk risk eller om komplikationer inträffar.

Nuvarande regelverk

Patienter som får tandvård under narkos får i dag vanligen sin tandvårdsbehandling inom regionernas särskilda tandvårdsstöd, det vill säga nödvändig tandvård, tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eller vissa grupper inom tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Det förekommer även att en patient som behöver narkos utifrån en medicinsk diagnos får sin tandvård inom det generella statliga tandvårdsstödet. Det kan exempelvis vara en patient där lokalbedövning inte fungerar såsom vid Ehler Danlos syndrom. Inom det statliga stödet är inte narkos ersättningsberättigande eftersom en medicinsk indikation krävs. Flertalet regioner tillämpar i dag regionala anvisningar som enbart accepterar narkoskostnaden om patienten hör till det regionala tandvårdsstödet. En patient som inte är beviljad regionernas tandvårdsstöd riskerar således i dag att själv få bekosta narkosen, trots medicinsk indikation och utan möjlighet till högkostnadsskydd för denna medicinska insats.

Diskussion kring utredningens överväganden

Kostnaden för generell anestesi och intravenös sedering belastar i många regioner sjukhusets generella anslag eller regionens tandvårdsanslag utan kostnad för patienten, men det finns olikheter mellan regionernas tillämpning. Utredningen anser att patienter som på medicinsk indikation är i behov av avancerad sedering ska kunna få detta till hälso- och sjukvårdsavgift inom regionens tandvårdsstöd oavsett inom vilket tandvårdsstöd som tandvårdsbehandlingen ska utföras. Anledningen till att inte utredningen anser att avancerad sedering ska tillhöra det selektiva statliga stödet är att Försäkringskassan svårigen kan ifrågasätta det medicinska behovet av sjukhusets resurser eller ta i anspråk dessa resurser. Sjukhusen är i dag inte heller behandlare inom statligt tandvårdsstöd som mottagare av ersättning för utförd vård.

Det är hälso- och sjukvården som bedömer om sedering behövs och i så fall vilken form av sedering som är nödvändig för att tandvården ska kunna genomföra planerad behandling på patienten. Det är således patientens allmäntillstånd eller funktionsnedsättning som kräver sjukvårdens insatser och inte tandbehandlingens svårighetsgrad. Eftersom tandvården till stor del kommer att utföras av vanlig tandvårdsbehandling kan den utföras av såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare. I praktiken kommer behandlarna tillhöra tandvårdsklinik på aktuellt sjukhus som till exempel käkkirurger, specialister i orofacial medicin eller allmäntandläkare som tjänstgör på sjukhuset. Alternativt kan det vara tandläkare som har sin arbetsplats utanför sjukhuset men som förflyttar sig till sjukhuset för att genomföra tandvård med stöd av sjukvårdsinsats. Tandvårdsbehandlingen som utförs under sjukvårdsinsatsen ersätts inom det selektiva eller generella statliga tandvårdsstödet alternativt som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling. En stor andel av patienterna torde tillhöra det långvariga selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård.

Utredningen anser att patienter som på medicinsk indikation är i behov av avancerad sedering ska kunna få detta till öppenvårdens hälso- och sjukvårdsavgift. Sjukvårdstjänsten ska tillhandahållas oavsett inom vilket tandvårdsstöd som behandlingen ska utföras. Sjukvårdstjänsten kan behövas på grund av att patientens allmäntillstånd eller funktionsnedsättning kräver mer avancerad sedering än vad som kan ges vid en ordinär tandvårdsmottagning.

Sedering eller narkos utan medicinska skäl

Praxis i dag är att patienter som vill ha tandvård utförd i narkos men utan att ha en medicinsk indikation, exempelvis en tandvårdsrädd person som inte är villig att samtidigt genomgå behandling för sin fobi, bekostar denna narkosbehandling själv. Här ser utredningen inte att det finns skäl till att förändra dagens praxis. Patienten kan få sin tandvårdsbehandling inom regionernas hälso- och sjukvård eller hänvisas till narkos inom privat verksamhet om inte regionernas sjukvårdsresurser räcker för dessa icke-medicinska indikationer. Det är dock väsentligt att narkosbehandlingarna utförs med god patient-säkerhet oavsett var de äger rum.

Medicinsk beredskap och övervakning

Diskussion kring utredningens överväganden

I vissa fall kan patientens allmänmedicinska tillstånd av patientsäkerhetsskäl medföra krav på en förhöjd beredskap vid odontologiska kirurgiska ingrepp som därför kräver sjukvårdens medicinska och tekniska resurser. Exempel på sådana tillstånd kan vara en blödersjuk patient som efter en tandextraktion behöver övervakning för att förhindra allvarliga blödningstillstånd eller multisjuka patienter. Kostnaden för beredskap och eventuella insatser belastar i dag vanligen sjukhusets generella anslag utan att det finns ett klart stöd för tillämpningen. Utredningen ser det därför som viktigt att det klargörs hur kostnaderna för medicinsk beredskap och övervakning ska hanteras. Eftersom kopplingen till sjukvården här får ses som naturlig bör kostnaden för denna beredskap ankomma på regionens ansvar, eftersom det är på medicinsk indikation som den förhöjda beredskapen bedöms nödvändig.

Det är hälso- och sjukvården som bedömer om medicinsk beredskap behövs för att tandvården ska kunna genomföra planerad behandling på patienten. Det är således patientens allmäntillstånd eller funktionsnedsättning som kräver sjukvårdens insatser och inte tandbehandlingens svårighetsgrad. Själva tandbehandlingen som utförs under sjukvårdsinsatsen ersätts inom det selektiva eller generella statliga tandvårdsstödet eller i vissa fall som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling. En stor andel av patienterna torde tillhöra det långvariga selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård.

Utredningen anser att patienter som på medicinsk indikation är i behov av förhöjd beredskap och/eller övervakning ska kunna få detta till öppenvårdens hälso- och sjukvårdsavgift. Sjukvårdstjänsten ska tillhandahållas oavsett inom vilket tandvårdsstöd som behandlingen ska utföras. Det finns ett behov av att förtydliga en praxis som finns i flera regioner. Sjukvårdstjänsten kan behövas på grund av att patientens allmänmedicinska sjukdomstillstånd av patientsäkerhetsskäl fordrar en förhöjd beredskap som kräver sjukvårdens medicinska eller tekniska resurser.

Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling

De patienter som på grund av ett medicinskt beslut behöver tandvård som en del av en sjukvårdsbehandling föreslås omfattas av regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Medicinskt motiverade odontologiska behandlingar bör jämföras med sjukvård vad gäller terapiplanering, beslutsmandat, anslagsfinansiering och behandling ges till patientavgift inom öppen hälso- och sjukvård.

Tandvårdsinsats för odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukvårdsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav

En infektionssanering syftar till att avlägsna infektioner i munhålan så att dessa inte negativt påverkar resultatet av den kirurgiska eller medicinska behandlingen. Syftet kan även vara att minska risken för komplikationer i munhålan på grund av den medicinska behandlingen. Exempel på sjukdomar och behandlingar där infektionssanering kan vara indicerad är:

- Viss hjärtkirurgi
- Organtransplantation
- Maligna blodsjukdomar
- Cytostatika i höga doser
- Antiresorptiva läkemedel i höga doser
- Strålbehandling mot huvud- och halsregionen
- Annan immunosuppressiv behandling.

Tillstånd som kan utgöra infektionsfoci är exempelvis apikal parodontit, retinerade tänder, pulpanära kariesangrepp, lokala infektioner och parodontal sjukdom. Oftast görs behandlingarna under tidspress när den medicinska behandlingen måste starta med kort varsel. Det finns även ett behov av att bibehålla munhålan infektionsfri under hela behandlingstiden. Vid organtransplantation behöver infektionssaneringen upprepas fram till att transplantationen genomförs.

Nuvarande regelverk

I dagens regionala tandvårdsstöd finns möjlighet enligt 3 § tandvårdsförordningen för patienter som ska genomgå kirurgiskt ingrepp eller medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett krav att få en odontologisk infektionssanering till avgifter som inom öppna hälso- och sjukvården. Detsamma gäller för patienter som genomgår strålbehandling i huvud- eller halsregionen. I förarbeten anges att med kirurgiska ingrepp avses transplantationskirurgi och hjärtkirurgi. Med medicinska behandlingar avses malign blodsjukdom, högdoscytostatika och intravenös behandling med antiresorptiva läkemedel. Det mer detaljerade regelverket för tandvård som utförs inom dagens tandvårdsstöd beslutas av respektive region. Det har dock lyfts som ett problem att bedömningen av vilka patienter som behöver infektionssanering är komplicerad för regionens tandvårdsbeställare att ta ställning till när remiss kommer från sjukvården.

För flertalet av tillstånden som är aktuella för infektionssanering gäller att det i dag hos regionerna finns detaljerade regler om avgränsningar för när infektionssanering får genomföras inom det regionala särskilda tandvårdsstödet. Reglerna skiljer sig dessutom åt mellan regionerna. Till exempel inkluderas hjärtkirurgi generellt i vissa regioner medan andra begränsar till hjärtklaffskirurgi. Likaså finns olika begränsningar för behandling med antiresorptiva läkemedel. Vissa regioner godkänner sanering enbart vid malignitet medan andra kan acceptera sanering vid osteoporosbehandling om aggraverande faktorer såsom svår diabetes eller höga doser systemiskt cortison samtidigt förekommer. I Socialstyrelsens utredning från år 2018 har bedömningstandläkarna i regionerna påtalat att det finns en risk att dessa behandlingar inte kommer att vara jämlika och hanteras lika över landet utan regionerna kommer att ha varierande vårdutbud och vårdriktlinjer. Detta är en naturlig följd av regionernas självstyre och i likhet med övrig hälso- och sjukvård. En annan förklaring till skillnader mellan regionernas anvisningar är att ett kunskapsstöd för vilka medicinska tillstånd som kräver infektionsfrihet och vilka tandbehandlingar som är nödvändiga för att uppnå infektionsfrihet till stor del saknas. Detta gör att varken hälso- och sjukvården eller tandvården har ett stabilt vetenskapligt underlag att grunda sina beslut på. Ett sätt att motverka detta är att skapa nationella gemensamma

vårdriktlinjer grundat på aktuell vetenskap kring dessa behandlingar på nationell nivå.

Diskussion kring utredningens överväganden

Patienter som ska behandlas med strålning behöver en utredning och vid behov en infektionssanering inför strålbehandlingen. I dessa fall finns dessutom den komplikationen för patienter som får strålbehandling mot käkområdet att tandextraktioner ska undvikas livslångt efter avslutad strålbehandling på grund av bestående påverkan på käkbenet av strålningen. Under själva strålbehandlingen mot huvud-hals-regionen kan även sjukdomsbehandling behövas i munhålan eftersom strålbehandling ofta innebär en stor påverkan på munslemhinnorna (se nedan). Efter avslutad strålning behövs regelbundna kontroller under viss tid för att hitta de personer som utvecklar allvarlig karies på grund av bestående muntorrhet orsakad av strålningen. Efterföljande kontroller föreslås att ges inom det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid och det finns även möjlighet till selektivt stöd för behandling av karies i de fall patienten får en allvarlig kariesutveckling.

Hälso- och sjukvårdens varierande grad av medvetande om kunskapsläget vad gäller vid vilka tillstånd och vilken tandvård som är nödvändig vid krav på infektionsfrihet inför olika medicinska behandlingar gör att olika krav ställs om infektionssanering, exempelvis inför osteoporosinducerad skelettstärkande behandling och slutna hjärtkirurgi. Utredningen ser att det främst åligger medicinsk personal att ha kännedom om vilken vetenskap och beprövad erfarenhet som gäller för alla medicinska behandlingar man tar beslut om. Det finns således behov för hälso- och sjukvården av att ytterligare utverka nationella behandlingsriktlinjer. Detta är även nödvändigt för att kunna följa den medicinska utvecklingen så att tillstånd och behandlingar kan inkluderas, eller exkluderas, allt eftersom kunskapsläge och den tekniska utvecklingen går framåt.

Hälso- och sjukvården har det medicinska ansvaret att besluta om att odontologisk infektionssanering behövs inför viss sjukvårdsbehandling eller under behandlingsperioden. Beslutet att infektionssanering ska göras är medicinskt motiverat medan beslutet om vilken tandvårdsbehandling som ska utföras i det enskilda fallet därefter

fattas av tandvården. Utredningen föreslår därför att medicinskt motiverade odontologiska behandlingar ska jämsställas med sjukvård vad gäller beslutsmandat, terapiplanering och vilken behandling som kan utföras till patientavgift som inom öppen hälso- och sjukvård. Den tandvård som föreslås ingå är:

- Utredning inklusive nödvändig röntgenundersökning.
- Behandling av de odontologiska tillstånd som bedöms utgöra infektionsfoci för att eliminera infektionen.
- Åtgärder för att hålla munhålan infektionsfri under behandlingstiden.
- Temporär protes efter infektionssanering som medfört tandborttagningar (se nedan).

Utredningen anser vidare att det är väsentligt att kunskapen utvecklas inom området så att hälso- och sjukvården själva har möjlighet att utgå från ett nationellt kunskapsunderlag i sin bedömning av vilka patienter som har behov av infektionssanering för att sjukdomsbehandlingen ska kunna genomföras optimalt. I första hand skulle SBU kunna få i uppdrag att ta fram en kunskapsöversikt i ämnet. Om det visar sig att vetenskapliga studier av god kvalitet saknas bör Socialstyrelsen få i uppdrag att genom ett konsensusförfarande kunna ta fram nationella riktlinjer för tillståndet med behandlingsrekommendationer för både sjukvården och tandvården. Först därefter kan en bedömning av vilken odontologisk behandling som krävs för att utföra infektionssaneringen göras.

Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material

Nuvarande regelverk

I dagens särskilda tandvårdsstöd framgår i 7 § tandvårdsförordningen att när en person får sina tandfyllningar utbytta som ett led i en medicinsk rehabilitering kan behandlingen göras med avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Förutsättningen är dock att behandlingen är en del av en behandlingsplan upprättad av specialist-

läkare inom ett relevant område och att behandlingsplanen är upprättad innan behandlingen påbörjas. Regionerna har i dagens stöd tagit fram egna regelverk som trots detta är relativt samstämmiga. Fyllningen som ska bytas ska vara felfri. Även om flera fyllningsmaterial kan vara aktuella i utredningen byts enbart ett material i taget för att därefter återremittera till läkaren för att utvärdera effekten.

Diskussion kring utredningens överväganden

Gruppen omfattar personer som kan behöva få sina felfria fyllningar utbytta som ett led i en medicinsk behandling där sjukvården misstänker att det är det dentala materialet som kan vara en orsak till den allmänmedicinska sjukdomen. En behandlingsplan upprättad av patientens läkare bör finnas innan behandlingen kan påbörjas. Sambandet mellan sjukdomsyttning och fyllningar behöver inte vara säkerställd men de flesta andra faktorer som kan förknippas med sjukdomstillståndet ska ha åtgärdats eller uteslutits innan materialbyte kan bli aktuellt.

Utredningen föreslår att tandvårdsinsatser ska ges med avgift som inom öppen hälso- och sjukvård för odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material. Om lagning eller krona behöver bytas ut av annan orsak, exempelvis på grund av karies omfattas behandlingen inte av regionalt stöd.

Odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion

Nuvarande regelverk

I 3 § tandvårdsförordningen som reglerar dagens regionala stöd anges att patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom kan få tandvård till avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården. I förarbeten anges att de tandvårdande insatserna enbart avser utredningen av eventuella odontologiska orsaker till patientens besvär.

I dagens stöd har regionerna formulerat sina egna regler om villkoren för vid vilka tillstånd stödet kan användas. Vissa regioner har allmänt hållna regler medan andra mer i detalj har angett vilka tillstånd som kan inkluderas för att utredning om odontologiskt samband ska utföras. I nuvarande regionala tandvårdsstöd ingår enbart utredningen medan patienten får betala behandlingen själv, trots att paragrafen anger att stödet omfattar tandvårdsbehandling. Detta regelverk gäller i alla regioner utom i en där extraktion kan godkännas vid risk för endokardit eller hjärnabscess. I sex av regionerna har villkoren begränsats till att enbart gälla om samband med infektion misstänks. I övriga regioner inkluderas ospecifikt odontologiska samband med patientens grundsjukdom och i vissa regioner ges exempel på tänkbara samband – bihåleinflammation, huvudvärk, fibromyalgi, reumatism, psoriasisartrit, käkledssmärta och svårinställd diabetes. I de regioner som har vida inklusionskriterier finns ofta undantag angivna såsom tinnitus, whiplash, oral medicin, osteonekros och käkledsbesvär.

Diskussion kring utredningens överväganden

Gruppen avser patienter där det finns misstanke om samband mellan ett allmänmedicinskt sjukdomstillstånd och oral infektion. Utredningens förslag är att begränsa målgruppen till att enbart omfatta dem där misstanke om samband med oral infektion föreligger. Ett flertal samband mellan odontologiska tillstånd och allmänmedicinsk sjukdom omhändertas inom det statliga selektiva tandvårdsstödet såväl som i det regionala. Förutom de patientgrupper som beskrivs i denna bilaga kan, inom det statliga selektiva stödet, exempelvis patienter med tandskador efter epilepsianfall eller svår smärta i käkområdet på grund av reumatisk sjukdom få tillgång till stöd. Det är sjukvården som remitterar patienten till tandvården när frågeställning om odontologiskt samband med patientens allmänmedicinska tillstånd väcks. I Socialstyrelsens utredning från år 2018 beskrivs att tandläkare upplever att sjukvården har svårt att förstå varför inte behandlingen av konstaterat infektionsfokus ingår i regionens tandvårdsstöd. Samarbetet med sjukvården skulle underlättas om återställandet av oral infektionsfrihet skulle ingå som en del av sjukdomsbehandlingen.

Utredningen föreslår att en odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett odontologiskt samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion ska ingå som en tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling. En utvidgad utredning omfattar i dessa fall ofta munhålan för att avgöra om infektionsorsaken kan vara relaterad till en tand eller annan vävnad i munhålan. Exempel på samband som kan behöva utredas är endokardit, sepsis och sinuit. Frågeställningen kan ofta vara svår att besvara och kan kräva samarbete mellan flera odontologiska specialiteter.

Utredningen föreslår att tandvårdsinsatser ska ges med avgift som inom öppen hälso- och sjukvård vid odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion. Följande behandlingar föreslås ingå

- odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning,
- vid oral infektion som kan ha en livshotande påverkan ingår även påföljande tandvårdsbehandling av infektionen,
- vid behov temporär protes efter genomförd extraktion.

Temporär protes efter en infektionssanering som medfört tandextraktioner

Ovan har beskrivits att vissa sjukdomar och behandlingar av akut karaktär kräver infektionsfrihet för att behandlingen ska bli framgångsrik. Det kan dels gälla sjukdomar och behandlingar som innebär att immunförsvaret blir försvagat, antingen tillfälligt som vid cytostatikabehandling eller hjärtkirurgi, eller livslångt som vid organtransplantation. Dels kan det även gälla behandlingar som försvagar käkbenet för lång tid framåt, kanske livslångt, vilket gör att tänder med tveksam prognos behöver tas bort innan behandlingen startar, exempelvis vid strålbehandling eller intravenös behandling med anti-resorptiva läkemedel. Kravet på infektionsfrihet innebär en utökad indikation för tandextraktioner och detta kan innebära att patienten i den akuta behandlingsfasen av sjukdomen förlorar ett antal tänder.

Nuvarande regelverk

I dagens regionala tandvårdsstöd ingår inte rehabilitering av bettet efter tandextraktionerna, vare sig med avtagbar eller fast protetik. Frågor har rests från patientorganisationer om det rimliga i detta förhållningssättet eftersom man i sjukvården får ersättning för förlorade kroppsdelar inom den anslagsfinansierade vården. Skälet till att fast protetisk behandling inte ingår är att det inte är den allmänmedicinska sjukdomen som är orsaken till att tänderna behöver extraheras.

Trots att inte protetiska ersättningar ingår i de delar av dagens regionala tandvårdsstöd som hanterar tandvård i samband med infektionssanering har de flesta regionerna ändå valt att låta temporära proteser ingå i stödet. En temporär protes kan vara värdefull av estetiska skäl men ger oftast en begränsad funktion. Det förekommer olika begränsningar för att patienterna ska få en temporär protes, till exempel att framtänder ska ha extraherats eller att tänder i position 5–5 får ersättas.

Diskussion kring utredningens överväganden

När tänder behöver extraheras på grund av infektion i tanden eller käkbenet beror detta på att tänderna inte fått den egenvård och tandvårdsbehandling som de varit i behov av. Att en behandling inom hälso- och sjukvården samtidigt skulle medföra att den permanenta rehabiliteringen därigenom betalas av allmänna medel är svårt att motivera. Tänderna som extraheras är inte friska utan hade redan innan den allmänmedicinska sjukdomen drabbade patienten ett behandlingsbehov som skulle krävt behandling förr eller senare, kanske i form av extraktion. Eftersom vuxna i Sverige betalar sin tandvård själva med visst stöd av den statliga tandvårdsförsäkringen är det rimligt att detta gäller även i detta fallet. Detta till skillnad från de fall då det i stället är en medicinsk sjukdom som är orsaken till att en i övrigt frisk tand måste tas bort och då utredningen föreslår att ersättning för förlorad tand ingår inom det selektiva statliga tandvårdsstödet.

Tandförlusterna uppstår i en akut och intensiv sjukdomsbehandling som ofta pågår under flera månader vilket gör att patienten sällan har möjlighet att under denna tid genomgå en behandling för att få en permanent bettrehabilitering. Utredningen finner att det är

rimligt att patienten får en tillfällig protetisk konstruktion som ersätter tandförlusterna tills personen hinner utföra permanent tandvård och föreslår därför att en temporär protes ingår i behandlingen om patienten önskar en sådan.

Utredningen föreslår att patienter som fått tänder extraherade vid behandlingar som omfattas av regionalt tandvårdsstöd, antingen vid en infektionssanering eller en tandvårdsbehandling vid misstanke om ett odontologiskt samband med patientens allmänsjukdom, vid behov får en temporär protes som ersättning för förlorade tänder.

Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig sjukdom eller livshotande tillstånd

Diskussion kring utredningens överväganden

Vid vissa behandlingar av allvarliga sjukdomar kan även kroppens friska vävnader ta skada eftersom det är nödvändigt att behandla intensivt med höga doser med läkemedel eller strålning för att få effekt på den underliggande sjukdomen. Detta kan gälla vid behandling av maligna sjukdomar då cytostatikabehandling, stamcellstransplantation eller strålbehandling genomförs. Det kan även gälla under långvarig intensivvård. Ofta innebär behandlingen att individens immunsystem kraftigt påverkas. Inflammation i munslemhinnan, mucositis, kan ge allvarliga infektioner och stark smärta som äventyrar nutritionen. För att förhindra eller reducera mucositen i munnens slemhinnor behöver patienten en optimerad munhygien i kombination med regelbundna stödbehandlingar. Åtgärderna kan innebära sjukdomsbehandling av slemhinnan och att informera om egenvårdsråd för att lindra symtom samt att runda av vassa tänder eller liknande.

Utredningen föreslår att under intensiv sjukdomsbehandling av allvarlig allmänsjukdom eller livshotande tillstånd exempelvis cytostatikabehandling, stamcellstransplantation, strålbehandling eller intensivvård kan patienten få förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder för understödjande slemhinnevård för att minska risken för komplikationer i munhålan till följd av den medicinska behandlingen inom det regionala tandvårdsstödet. Patienten bör vara remitterad av läkare för tandvårdsinsats som del av sjukvårdens behandling. Ersättningen kan omfatta utredning och vård av slemhinnor.

Akut tandvård i slutskedet av palliativ slutenvård

Diskussion kring utredningens överväganden

Palliativ vård kan ges under en lång period men när så småningom en brytpunkt då inriktningen enbart är att lindra. Den palliativa behandlingen övergår i en sen fas som ofta kallas vård i livets slutskede med målet att lindra och främja livskvalitet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska palliativ vård ges till alla i livets slutskede med högsta prioritet. I dagens regionala särskilda tandvårdsstöd finns ingen reglering av tandvård i ett palliativt skede av livet och i regionerna finns inget enhetligt sätt att möta den palliativa patienten. Patienter i livets slutskede är en svag grupp och det behövs ett tydligt regelverk som säkrar att deras behov av munvård tas omhand. Sjukvården omhändertar omvårdnaden av patienten och vid behov tillkallas tandvården för att avhjälpa akuta tillstånd i livets slutskede. Utredningen har därför uppfattningen att tandvård i slutskedet av palliativ vård behöver regleras för att bli mer jämlik och ser därmed ett behov av att förtydliga en praxis som finns i flera regioner när det gäller palliativ vård.

Övriga patienter i slutenvård bör få hjälp med akuta tandvårdsbehov men får betala behandlingen själva inom det statliga tandvårdsstödet.

En person som befinner sig i slutskedet av palliativ vård föreslås tillhöra det regionala tandvårdsstödet för tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling om patientens förmåga att klara munhälsa och genomgå tandvårdsbehandling sviktar. Tandvårdsbehandlingen bör ingå för att lindra akut smärta, infektioner eller annat obehag och bör ges till patienter inom slutenvård inklusive hospice och hemsjukvård vid behov.

Behandling med sömnapnéskena på medicinsk indikation

Obstruktiv sömnapné (OSA) definieras med antalet andningsuppehåll per timma under sömnen (AHI). Gränsvärden kan variera men Socialstyrelsen definierar tillståndet som fem uppehåll eller flera per timme. Symtom på OSA är trötthet dagtid, icke utvilande sömn, nattliga uppvaknanden med lufthunger, snarkningar eller andningsuppehåll. OSA graderas som lindrig (AHI 5–14), måttlig (AHI 15–30) och grav (AHI > 30).

Nuvarande regelverk

I dagens regionala tandvårdsstöd kan en patient som utreds och behandlas inom sjukvården för allvarlig sömnapné få en sömnapnéskena utförd inom stödet för tandvård som ett led i sjukvårdsbehandling. I 3 § tandvårdsförordningen anges att det är individer med allvarlig sömnapné som omfattas. Vid grav sömnapné används vanligen CPAP (Continuous Positive Airways Pressure) vilket innebär kontinuerlig övertrycksbehandling. Under år 2019 behandlades även 12 400 patienter med sömnapnéskena inom regionernas tandvårdsstöd.

Dagens hantering innebär att patienten remitteras från sjukvården till tandvården för att behandla patientens medicinska tillstånd obstruktiv sömnapné med en sömnapnéskena. Vid endast lättare sömnapné, social snarkning, får patienten själv bekosta skenan. Om remissen godkänns utförs skenan av tandläkare och tandtekniker och den bekostas med regionalt tandvårdsstöd till hälso- och sjukvårdsavgift som ett led i en sjukdomsbehandling. En CPAP bekostas i stället oftast med landstingsmedel för sjukvård men kan även delvis bekostas av patienten.

Diskussion kring utredningens överväganden

I regionernas anvisningar beskrivs i dag mer detaljerat vilka krav som ställs för att behandlingen ska godkännas. Exempelvis finns kravet att patienten ska vara utredd på sömnlaboratorium med ett resultat som visar tydligt definierat sömnapné syndrom och behandlas av specialistläkare. Det kan finnas krav på att remissen ska beskriva symtom som dagtrötthet, hjärt-kärlsjukdom eller metabol sjukdom. Även gränsvärden för antal andningsuppehåll för att en apnéskena ska göras kan variera mellan regionerna. I tandvårdsförordningen anges inga särskilda utbildningskrav för den tandläkare som utför sömnapnéskenan men enskilda regioner har ändå sådana krav i sina anvisningar. Ett exempel är "Grundkurs i odontologiskt omhändertagande vid obstruktiv sömnapné och snarkningsproblematik" i SFSS regi, Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin.

I Socialstyrelsens rapport från 2018 framför tandläkare uppfattningen att det är sjukvården och inte bedömningstandläkare som ska ta ställning till om apnéskenan ska utföras eller inte. Utredningen

delar denna uppfattning. Eftersom det är sjukvården som gör den medicinska bedömningen kring behandlingsval anser utredningen att det är en logisk följd att sjukvården även bör ha den ekonomiska kostnaden för båda behandlingsalternativen. Sömnapnéskenan är den största gruppen inom dagens tandvård som led i sjukdomsbehandling både till patientnummerär och totala kostnaden.

Utredningen föreslår att sömnapnéskena ska kunna utföras som en tandvårdsinsats när en patient remitteras från sjukvården för att tillverka en antiapnéskena som kan förhindra andningsuppehåll under sömnen. Regionen beslutar vilka regler som ska gälla och vilka patienter som ska få ta del av behandlingen. Besluten bör grundas på nationella gemensamma behandlingsriktlinjer exempelvis från svenska sömnapnéregistret SESAR. Behandlingen som ges till patienten är ett medicinskt beslut.

Mertid för tandvårdens medverkan i sjukvårdens behandling av tandvårdsfobi

Diskussion kring utredningens överväganden

Den psykologiska behandlingen, KBT-terapi, av tandvårdsrädsla utförs av psykolog, psykoterapeut eller psykiater med fokus på exponering i tandvårdsmiljö. Den åtföljs av konfirmerande tandbehandling hos tandvården med syfte att prova de färdigheter som patienten lärt sig under KBT-terapi.

Tandvårdens medverkan i exponeringsbehandling vid fobiträning är tidskrävande vilket innebär att tandvården inte får kostnadstäckning för sin del av behandlingen enbart genom patientens avgifter.

Utredningen föreslår därför att tandvården får ersättning för den mertid som krävs för fobiträningen förslagsvis beräknad som en schablon utifrån en fast tidsåtgång som kan fördelas vid flera besök anpassad till den enskilda patientens behov.

För fullständig beskrivning av behandling av tandvårdsfobi se avsnittet Fobiträning vid tandvårdsrädsla under rubriken Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

Begreppet tandvård som kräver sjukhusresurser förtydligades av Socialstyrelsen år 1998 som åtgärder där delmoment som undersökning, diagnostik, terapiplanering, genomförande av behandlingen samt uppföljningen kräver ett samarbete mellan oral-kirurgiska specialister och medicinska specialiteter. Det förutsattes att den oralkirurgiska verksamheten skulle ske i direkt anslutning till en sjukvårdsenhet i det allmännas regi. Socialstyrelsen angav att ingen särskild prövning av behandlingsförslagen i de sex föreslagna grupperna skulle göras utan varje oralkirurgisk klinik ansågs själva kunna fatta beslut.

Nuvarande regelverk

I nuvarande 2 § i tandvårdsförordningen beskrivs vilka oralkirurgiska åtgärder som kan utföras med avgifter som inom hälso- och sjukvården:

- Behandling av käkfrakturer
- Käkledskirurgi
- Rekonstruktiv och ortognat kirurgi
- Utredningar och behandlingar av oralmedicinska åtgärder
- Utredningar och behandlingar av smärttillstånd
- Övriga oralkirurgiska åtgärder som kräver sjukhusets tekniska och medicinska resurser.

En fullständig bild av vilka behandlingar som i dag utförs inom 2 § är inte möjlig att ta fram eftersom kunskap om vilken vård som utförs inte finns inom regionerna. I och med att den käkkirurgiska vården på sjukhusen bedrivs med anslagsfinansiering i stället för ersättning för utförd behandlingsåtgärd som inom övriga tandvårdsstöd saknas incitament för att rapportera vården och någon återkommande uppföljning görs inte, varken nationellt eller regionalt. Inte heller görs förhandsbedömningar av den behandling som patienten föreslås få utan varje käkkirurgisk enhet får själva avgöra vilken vård som ska utföras. Socialstyrelsens utredning från år 2018 visar stor

variation av hur 2 § tillämpas när det gäller vilken vård som erbjuds patienterna och vilket ersättningssystem som tillämpas. I de fall en region använt tillämpningen att enbart käkkirurgiska enheter kan utföra vård inom alla delar inom 2 § finns risk att patienter remitteras till sjukhuset, av skälet att ge patienten tandvård till lägre avgift, trots att likvärdig, eller kanske bättre, kompetens finns, för exempelvis smärtutredning eller oralmedicinsk utredning, på enheter utanför sjukhusen.

Diskussion kring utredningens överväganden om förändringar av patientgrupper i nuvarande 2 § tandvårdsförordningen

Utredningen har inte funnit några större skäl att göra avsteg ifrån de ställningstaganden som gjordes av Socialstyrelsen 1998: Det är ett behov av samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgiska specialister som ligger bakom kravet på sjukhusresurser för att utföra behandlingen i det enskilda fallet. Det väsentliga är att beslutet för att utföra behandlingen inom sjukhuset gjorts utifrån patientsäkerhetsskäl. Utredningen menar att det inte är möjligt att inkludera de komplicerade käkkirurgiska behandlingar som utförs med stöd av både medicinska och tekniska resurser på sjukhusen i det statliga stödet. Utredningen har diskuterat om begreppet 'sjukhusets resurser' skulle kunna ersättas med 'sjukvårdens resurser' men kommit fram till att begreppet 'sjukhusets resurser' bör behållas. Den käkkirurgiska vård som bör kvarstå i regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården är den som kräver de resurser som just sjukhuset har. Detta innebär inte bara att samverkan med medicinska specialister kan ske, utan även att resurser för avancerad sedering, till exempel narkos, och postoperativ övervakning finns samt ytterst även en möjlighet att vid behov överföra patienter till sluten vård.

Diskussion kring utredningens överväganden om utredning och behandling av smärttillstånd och oralmedicinska tillstånd, som i dag omfattas av oralkirurgins ansvar enligt 2 § tandvårdsförordningen

Under de senaste decennierna har den medicinska och tekniska utvecklingen förändrat vårdutbudet på sjukhusen. Vissa behandlingar kräver inte längre sjukhusets resurser medan nya avancerade behandlingsmetoder tillkommit. Förändringar när det gäller tandvårdens specialistområden har också förändrats. Under 1990-talet blev bettfysiologi ett eget specialistområde och ämnet har sedan dess etablerats och behandlar i dag en stor del av patienterna med smärttillstånd. I Socialstyrelsens rapport från år 2018 beskrivs att käkkirurgiska kliniker hanterar smärtpatienter med stor variation, både vem som organisatoriskt tar hand om patienterna och vilket ekonomiskt regelverk som används. Utredningen menar att det är svårt att hävda att behandlingen av smärtpatienter måste vara kvar på sjukhuset av patientsäkerhetsskäl även om samarbete med sjukvården behövs i vissa fall. Liknande förhållanden gäller för utredning och behandling av munslemhinneförändringar som traditionellt har utförts av käkkirurger. År 2018 beslutades om ett nytt specialistområde i orofacial medicin vilket gör att kompetensen inom detta område nu finns både på käkkirurgiska kliniker, särskilda kliniker inom sjukhusen och vid specialistmottagningar i öppenvården. Det framgår av Socialstyrelsens rapport år 2018 att det inte finns en enhetlig hantering av hur dessa patienter får betala för vården. Genom att låta utredningar och behandlingar av oralmedicinska problem tillhöra det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid kan vården komma närmare patienten och samma betalmodell kan användas oavsett var patienten får sin vård vilket förbättrar jämlikheten.

Sedan år 1998 har även synen på konkurrensförhållanden i vården ändrats. I det statliga tandvårdsstödet, både det selektiva och det generella, föreslås fritt val av vårdgivare för patienten. Av praktiska skäl finns svårigheter att ha fritt val för käkkirurgiska behandlingar som kräver sjukhusets resurser. Utredningen ser att det är av vikt att behandlingar som enbart behöver samverkan med hälso- och sjukvården inte inkluderas i de grupper som kräver sjukhusansluten vård och som därigenom undanhålls det fria valet.

Diskussion kring utredningens överväganden om rekonstruktiv och ortognat kirurgi

För rekonstruktiv kirurgi i käkarna går det att hitta argument för och emot statligt respektive regionalt huvudmannaskap. En behandling av en käkdefekt innefattar både rekonstruktiv kirurgi och en rehabiliteringsdel som ska återställa patientens tuggförmåga vilket som regel innebär att en specialisttandläkare i protetik ansvarar för den delen av behandlingen. Den rehabiliterande behandlingen av en defekt i käken omfattas av det selektiva statliga tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid där terapiplanering, beslut och genomförandet av behandlingen sker inom tandvården. För den rekonstruktiva kirurgin sker dock planering av den kirurgiska behandlingen ofta multiprofessionellt mellan sjukvård och tandvård. Den rekonstruktiva kirurgin kan även vara kombinerad med kurativ kirurgi, exempelvis vid avlägsnande av en malign tumör. Utredningen föreslår av det skälet att den rekonstruktiva kirurgin kvarstår inom regionernas tandvårdsstöd för käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets resurser. Det innebär att förhandsprövning hos Försäkringskassan för den rehabiliterande behandlingen inom det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid får ske utifrån de förutsättningar som har åstadkommits genom den rekonstruktiva kirurgin. Utredningen ser det dock inte möjligt att den rekonstruktiva kirurgin skulle kunna förhandsprövas av Försäkringskassan inom det selektiva statliga stödet eftersom den rekonstruktiva kirurgin sker till stor del utifrån medicinska beslut.

Liknande diskussion har förts angående den ortognata kirurgin men där sker planeringen av patientens hela behandling vanligtvis mellan specialisttandläkare inom käkkirurgi, ortodonti och protetik. Av det skälet finns fördelar med att en sammanhållen bedömning sker inom ett och samma ersättningssystem av vilka tillstånd som ska omfattas och vilken behandling som ska ersättas vid en käkanomali vilket gjort att den ortognata kirurgin föreslås tillhöra selektivt statligt stöd för viss behandling viss tid. Både rekonstruktiv kirurgi och ortognat kirurgi kommer troligen i de flesta fall att utföras av käkkirurger på sjukhus men behandlingarna ersätts inom olika ersättningssystem.

Utredningens förslag om hur 2 § tandvårdsförordningen ska hanteras

Utredningen föreslår att de nuvarande grupperna 2, 4 och 5 i 2 § i tandvårdsförordningen flyttas till det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Behandlingar av käkfrakturer, rekonstruktiv kirurgi och övrig käkkirurgi som av patientsäkerhetsskäl kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser föreslås kvarstå i regionens regi i ett nytt regionalt tandvårdsstöd. För dessa grupper beslutar den käkkirurgiska kliniken vid sjukhuset själva om vilken akut eller planerad behandling som ska utföras på patienten. Ofta sker beslut och behandling i samarbete med andra medicinska specialiteter som exempelvis öron-näsa-hals, onkologi och plastikkirurgi.

Förutom de behandlingar som en käkkirurgisk klinik utför inom regionens tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården kan behandlingar inom det statliga selektiva och generella tandvårdsstödet utföras enligt samma regelverk som gäller för andra vårdgivare. Till exempel kan utredningar och behandlingar av smärttillstånd eller oralmedicinska tillstånd utföras precis som i dag med den skillnaden att den ekonomiska ersättningen inte kommer från regionens anslag utan utgörs av statlig ersättning.

Utredningen föreslår att del av den tandvård som tidigare har omfattats av oralkirurgiska åtgärder enligt 2 § tandvårdsförordningen ska kvarstå i regionens regi. Det gäller den käkkirurgiska behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser. Käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser och som omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård är:

- behandling av käkfraktur,
- behandling med rekonstruktiv kirurgi,
- annan käkkirurgisk behandling.

Behandling av käkfraktur

Med käkfraktur avses sådan fraktur som omfattar alveolarutskottet och/eller ansiktsskelettet. Enbart tandfrakturer omfattas inte utan omhändertas inom statligt tandvårdsstöd. I behandlingen ingår all undersökning och övrig behandling för att åtgärda det aktuella till-

ståndet. Det innefattar även narkos och annan avancerad sedering, medicinsk övervakning och beredskap samt möjlighet att vid behov överföra patienter till slutenvård.

Behandling med rekonstruktiv kirurgi

Denna grupp omfattar patienter i behov av kirurgi för att återställa defekter i ansiktets olika mjukdelar eller ansiktsskelett. I behandlingen ingår all undersökning och övrig behandling för att åtgärda det aktuella tillståndet. Det innefattar även narkos och annan avancerad sedering, medicinsk övervakning och beredskap samt möjlighet att vid behov överföra patienter till slutenvård. Den rehabiliterande behandlingen därefter ersätts i det selektiva stödet för viss behandling under viss tid.

Annan käkkirurgisk behandling

Denna grupp omfattar endast sådan käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser och som därför inte omfattas av annat tandvårdsstöd. Sådana behandlingar kan vara tillstånd som i de flesta fall hanteras inom det selektiva stödet viss behandling under viss tid men i enskilda fall utgörs av så omfattande defekter att patientsäkerhetsskäl gör att behandlingen ska göras på ett sjukhus, till exempel omfattande bennekroser eller tumörliknande förändringar.

Med kravet att det av patientsäkerhetsskäl krävs sjukhusets medicinska och tekniska resurser menas att det på grund av patientens odontologiska tillstånd i det individuella fallet kan finnas behov av

- käkkirurgisk specialistkompetens,
- samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgisk specialitet,
- narkos eller avancerad sedering,
- medicinsk övervakning och medicinsk beredskap,
- möjlighet till inläggning i slutenvård.

Det är således ingreppets omfattning eller svårighetsgrad som kräver sjukhusets resurser, exempelvis narkos, inte patientens medicinska status. Utredningens bedömning är att de patienter som kommer att finnas i denna grupp blir få. Kirurgi som tillhör det statliga stödet och som i det enskilda fallet av medicinska skäl kräver narkos eller medicinsk beredskap hänförs i stället till medicinsk sjukvårdsinsats enligt ovan.

Regler för tillämpning

Regler för tillämpning föreslås i en ny förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården.

Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård

För medicinska sjukvårdsinsatser föreslås ingen särskild prövning utöver det medicinska beslutet. Den tandvårdsbehandling som utförs omfattas av det statliga tandvårdsstödet och följer det regelverk som tillämpas där, generellt eller selektivt.

Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling

Vid tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling kommer patienten att remitteras till tandvården för den aktuella tandvårdsbehandlingen. Innan vårdgivaren startar en tandvårdsbehandling som är en del av sjukvårdens behandling föreslås att vårdplanen prövas av den region där patienten är bosatt. I vissa fall kan behandlingen behöva inledas utan att invänta godkänd förhandsbedömning om det finns odontologiska eller medicinska skäl till detta. Behandlingen bör då i efterhand anmälas till regionen så snart som möjligt. En region kan besluta att en prövning inte krävs för vissa typer av behandlingar.

Vårdgivaren föreslås ha skyldighet att vid regionens kontroller lämna upplysningar om både utförd vård och debiterade åtgärder samt visa patientjournal om så efterfrågas.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

För tandvårdsinsats genom käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets resurser förutsätts regionerna, precis som i dag, tillse att patienterna omhändertas och att rutiner skapas regionalt. Ingen särskild prövning föreslås i förordningen avseende utförandet utan varje region får själva genom anvisningar reglera om hur behandlingarna ska hanteras. Inget hindrar dock att regionen kan ställa krav på förhandsbedömning och utse en funktion som kan pröva behandlingarna innan de utförs. Efter behandling utförts ska uppgifter om vården rapporteras till Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Ekonomisk ersättning och val av vårdgivare

Utredningen föreslår att regionens fullmäktige beslutar om vilken ersättning för tandvård som ska ges inom regionens tandvårdsstöd. Genom att politiskt besluta en prislista regleras den ersättning som erbjuds vårdgivaren i likhet med tidigare. Det kan dock vara möjligt att sluta en överenskommelse om annan ersättning med regionen. Behandlingarna omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

I dag finns inte möjligheten för patienten att fritt välja vårdgivare för käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets resurser. I praktiken är det svårt att konkurrensutsätta denna verksamheten på grund av dess akuta karaktär och att patienten är bunden till ett visst sjukhus för den medicinska delen av behandlingen. Utredningens uppfattning är att delar av regionernas tandvårdsstöd är möjliga att konkurrensutsättas, exempelvis sömnapnéskenor, men väljer att överlämna till regionerna att konkurrensutsätta de delar som är möjliga. Genom förslaget att flytta utredning och behandling av smärttillstånd och oralmedicinska tillstånd från regionernas tandvårdsstöd till det statliga selektiva stödet görs dessa områden tillgängliga för fritt vårdgivarval.

Underlag för beräkning av differentierade subventioner

I kapitel 11 redovisar utredningen sin bedömning att ett alternativ för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd skulle kunna vara en modell med differentierade subventioner. Det redovisas som alternativ 4 och innebär att när en patient behöver behandlas för vissa tillstånd som avser sjukdomar, andra skador och tandlöshet med sjukdomsbehandling, reparativa, och vissa rehabiliterande åtgärder betalar patienten endast en patientavgift på 200 kronor per besök. För att kunna kostnadsberäkna en sådan modell har utredningen gjort en förteckning över vilka tillstånd samt vilka åtgärder som skulle kunna omfattas. Förteckningen grundar sig på tillstånd och åtgärder enligt HSLF-FS 2020:28. Denna förteckning ska ses som ett exempel för att illustrera ett möjligt tillvägagångssätt. Beräkningen har dock skett utifrån de referenspriser som gällde år 2020 enligt HSLF-FS 2019:9 för jämförelse med övriga förslag.

I förteckningen för att beräkna kostnaderna för differentierad subvention finns de 3000-, 4000- och 5000-tillstånd samt de åtgärder för respektive tillstånd som utredningen bedömer att det vore motiverat att subventionera.

I 3000-serien har de fyra första tillstånden enligt föreskriften HSLF-FS 2020:28 exkluderats, främst av det skälet att de i normalfallet kommer att täckas av tandhälsoplan om personen har hög risk. För övriga tillstånd har åtgärder för information och kortare beteendemedicinsk behandling tagits bort av samma skäl.

I 4000-serien finns alla tillstånd enligt HSLF-FS 2020:28 med. Även här är åtgärder för information och kortare beteendemedicinsk behandling borttagna.

I 5000-serien finns endast ett fåtal tillstånd med, men dessa bedöms betydelsefulla för personer med stora behov. Det gäller helt tandlösa käkar samt partiell tandlöshet som ska åtgärdas med avtag-

bar protes samt tillstånd för när en protetisk konstruktion gått sönder. För dessa tillstånd finns endast åtgärder för avtagbar protes samt åtgärder för enkla reparationer med i förteckningen.

Tabell 1 Behandlingar av sjukdoms- och smärttillstånd

Tillstånd och tillhörande behandlingsåtgärder

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
3043	Parodontit	162, 301, 302, 303, 313, 341, 342, 343, 362, 401, 402, 403, 404, 407, 409, 446, 447, 451, 452, 480
3044	Periimplantit	162, 301, 302, 303, 313, 341, 342, 343, 362, 429, 435, 436, 453, 454, 480, 892, 893, 894, 895, 896
3045	Perikoronit	301, 302, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3046	Andra sjukdomar eller tillstånd i vävnaderna kring tänder eller implantat	162, 163, 164, 301, 302, 303, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 429, 435, 436, 446, 448, 451, 480, 893, 894, 895, 896
3051	Sjukdomar i tandpulpan eller de periradikulära vävnaderna	163, 164, 301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 541, 542
3061	Luxation av tand vid trauma	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3062	Gingival påbitning	301, 302, 362, 601, 602, 604
3063	Rotfraktur, tvär	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523
3064	Rotfraktur, längs	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480
3065	Kronrotfraktur	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523
3071	Afte inklusive traumatiskt sår	301, 302, 401, 402, 403, 404, 405, 480, 831
3072	Protesstomatit	301, 302, 303, 831, 833
3073	Protesskavsår	831
3111	Andra sjukdomar eller tillstånd i spottkörtlar, munslimhinna, läppar, tunga eller angränsande vävnader	162, 163, 164, 301, 302, 303, 362, 404, 405, 407, 480
3121	Retinerad tand	301, 302, 303, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3122	Övertalig tand	362, 404, 405, 406, 409, 480

Tillståndskod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
3151	Elongerad tand	301, 302, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3152	Traumatiserande ocklusion	301, 362
3161	Käkfunktionsstörning	301, 302, 303, 304, 313, 362, 601, 602, 603, 604, 606
3162	Instabil ocklusion i samband med långvarig käkledssmärta eller vid symtomatisk käkledsartros	607, 846, 848

Källa: TLV.

Tabell 2 Reparativ vård

Tillstånd och tillhörande behandlingsåtgärder

Tillståndskod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
4001	Kavitet i tand på grund av primärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4002	Omfattande kavitet i tand på grund av primärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4011	Kavitet i tand på grund av sekundärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4012	Omfattande kavitet i tand på grund av sekundärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4071	Tandslitage på grund av erosion, abrasion eller attrition	205, 206, 301, 302, 303, 304, 313, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707
4072	Omfattande tandslitage in i dentinet på grund av abrasion eller attrition	205, 206, 301, 302, 303, 304, 313, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
4073	Omfattande tandslitage in i dentinet på grund av erosion	204, 205, 206, 301, 302, 303, 304, 313, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4074	Kavitet i tand på grund av extern resorption	362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4075	Infraocklusion	362, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4076	Omfattande infraocklusion	362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4077	Mineraliseringsstörning med defekt av ringa omfattning	362, 701, 702, 703, 707, 708
4078	Extremt missfärgad tand	362, 800, 801, 802, 803
4079	Symtomgivande sprickbildning i tand	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4080	Fraktur eller förlust av tandsubstans	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4081	Omfattande fraktur eller omfattande förlust av tandsubstans	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4471	Bristande kontaktpunkt mellan två tänder	341, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 704, 705, 706, 707, 708
4771	Fraktur eller förlust av fyllningsmaterial utan samtidig karies	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4772	Omfattande fraktur eller omfattande förlust av fyllningsmaterial utan samtidig karies	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708,

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
4882	Lossnad, frakturerad eller skadad tandstött protetisk konstruktion	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803, 805, 806, 808, 811, 812, 815
4883	Tand med omfattande skada för vilken utvärdering av kario-logisk, parodontal, bettfysio-logisk eller endodontisk be-handling behöver göras före permanent protetisk terapi	362, 802, 803, 809
4884	Tand med omfattande skada för vilken ingen permanent protetisk terapi planeras	362, 802, 803, 807, 809

Källa: TLV.

Tabell 3 Rehabiliterande och habiliterande vård

Tillstånd och tillhörande behandlingsåtgärder

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
5001	Helt tandlös underkäke	827, 829
5002	Helt tandlös överkäke	828, 829
5005	Partiell tandlöshet, oavsett antal tänder, som åtgärdas med avtagbar protes	822, 823, 824, 827, 828, 829
5443	Hel protes som är trasig, illapassande eller som ändras till täckprotes	831, 832, 833, 834, 835, 836, 839
5444	Delprotes som är trasig, illapassande eller som måste byggas till	831, 832, 833, 834, 835, 836, 837
5445	Tandstött brokonstruktion med fraktur, skada eller som lossnat	301, 302, 303, 304, 362, 701, 702, 703, 704, 705, 811, 812, 813, 814, 815

Tillstånds- kod	Tillstånd	Tillhörande ersättnings- berättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
5447	Implantatstödd konstruktion i helt tandlös käke med – fraktur, annan skada eller slitage, – skadade komponenter, – bristfällig passform, – implantatförlust när implantatstödd konstruktion ska byggas om, byggas ut eller ändras till täckprotes. Implantatstödd konstruktion i del av helt tandlös käke när – konstruktionen ska byggas ut till helkåks-implantat eller ändras till täckprotes, eller – nytt delimplantat placeras bredvid den befintliga implantatstödda konstruktionen. Helt tandlös käke som har implantat installerade men med avsaknad av permanent överkonstruktion.	881, 893, 894, 895, 896
5448	Implantatstödd konstruktion i friändstandlöshet eller i två-, tre-, fyra- eller flertandslucka med – fraktur, annan skada eller slitage, – skadade komponenter, – bristfällig passform som orsakar periimplantit, – implantatförlust eller tandförlust när befintlig implantatstödd konstruktion ska byggas om eller byggas ut, eller – infraposition 2 mm eller mer i överkäken inom tandposition 3–3. Installerat implantat i friändstandlöshet eller i två-, tre-, fyra- eller flertandslucka med avsaknad av permanent överkonstruktion när – implantat inte har installerats under pågående ersättningsperiod, eller – implantat har installerats med utbytesåtgärd.	881, 883, 884, 885, 886

Tillstånds- kod	Tillstånd	Tillhörande ersättnings- berättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
5449	Implantatstödd krona i entandslucka med – fraktur, annan skada eller slitage, – skadade komponenter, – bristfällig passform som orsakar periimplantit, eller – infraposition 2 mm eller mer i överkäken inom tandposition 3–3. Installerat implantat med avsaknad av permanent implantatstödd krona i entandslucka enligt villkoren för tillstånd 5032 när – implantatet inte har installerats under pågående ersättningsperiod, eller – implantatet har installerats med utbytesåtgärd.	881, 883, 884, 885, 886

Källa: TLV.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift
– rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och
utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård
och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till
psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. Ju.
8. När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jäm-
lik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor
+ Sammanfattning (häfte). S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift
– rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. [1]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. [7]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och
omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk
hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jäm-
lik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor
+ Sammanfattning (häfte). [8]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Våxel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0026-2 ISSN 0375-250X