

DATUM 2021-08-24  
DIARIENR 4525/2021

## **Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8, S2021/01972)**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har enligt vår instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Det är från detta perspektiv vårt yttrande tar sin utgångspunkt.

### **Övergripande kommentar och sammanfattning**

Vård- och omsorgsanalys håller med om den övergripande analys som presenteras i betänkandet. Vi ser positivt på de sex kriterier för ett jämlikt tandvårdssystem som utredningen formulerat, och anser att de utgör en bra grund för utvecklingen av tandvårdssystemet framåt.

Vi ser positivt på flera delar av utredningens bedömningar och förslag, såsom införande av principer från den etiska plattformen i tandvårdslagen, stimulering av tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete, sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till barn och unga, en ökad betoning på information till patienter, en gemensam och enhetlig riskbedömning, bättre möjligheter till uppföljning genom uppgifter om barn och ungas tandhälsa och tandvård samt uppgifter om de statliga selektiva stöden i tandhälsoregistret. Vi välkomnar också översynen av de nuvarande regionala särskilda tandvårdsstöden. Vi har i en tidigare rapport belyst svårigheterna för den äldre befolkningen med flera av de särskilda tandvårdsstöden (Tandlösa tandvårdsstöd, rapport 2015:3) och delar utredningens slutsatser att stöden inte når ut till avsedda målgrupper (äldre), att de upplevs som komplexa och svåra att förstå, att det förekommer regionala variationer i tillämpningen vilket medför ojämlikhet och att de är administrativt omfattande. Det är också angeläget att möjligheten till uppföljning av de särskilda tandvårdsstöden förbättras, och vi är positiva till att uppgifter om tandvård och tandhälsa med utredningens förslag kommer att ingå i Tandhälsoregistret.

Skillnader i besöksfrekvens och tandhälsa utifrån socioekonomiska faktorer är ett stort bekymmer. Vi har svårt att uttolka om de förslag utredningen lämnar är tillräckliga för att möta behoven och minska skillnader i tandhälsa mellan olika grupper i befolkningen. Det gäller bland annat systemets förmåga att nå personer som inte har en regelbunden tandvårdskontakt, och att stödja personer att bibehålla sin tandvårdskontakt. Vi hade önskat att utredningen presenterat en samlad analys av hur förslaget om ett nytt tandvårdssystem i sin helhet kommer att påverka socioekonomiskt svagare grupper och andra grupper i befolkningen som riskerar sämre tandhälsa, såsom äldre. Vi har också svårt att bedöma hur de förslag utredningen lämnar kommer att påverka tillgången på tandvård i glesbygd och hade gärna sett en fördjupad analys av det.

Likaså menar vi att de kostnadsuppskattningar som gjorts är svårbedömda, och vi har svårt att utifrån utredningens beräkningar och konsekvensbeskrivningar avgöra om förslagen har full kostnadstäckning.

Ett hinder som lyfts fram med nuvarande tandvårdssystem är komplexiteten, och utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan bli mer förutsägbart. Vi instämmer med utredningen att det kan vara svårt att skapa ett system som är enkelt att förstå för patienter och vårdgivare, samtidigt som systemet ska vara rättssäkert, resurseffektivt och ha en hög grad av precision. Utredningens förslag om införande av statligt selektivt tandvårdsstöd tror vi till viss del kan underlätta förståelsen för systemet, och kommunikationen kring det. Vi anser också att förslaget ger bättre möjligheter än idag att bidra till ökad jämlikhet genom en mer enhetlig tillämpning och mer träffsäkra kriterier för inkludering.

Vi anser dock att systemet med utredningens förslag är fortsatt komplicerat och vi är tveksamma till om det kommer att uppfattas som mer förutsägbart och enklare att förstå, särskilt för patienter med större behov av tandvård som kan behöva nyttja det generella och selektiva tandvårdsstödet parallellt.

Sammantaget anser vi att flera av utredningens förslag är steg i rätt riktning för ett mer jämlikt tandvårdssystem. Vi är dock tveksamma till om de är tillräckliga för att gynna en regelbunden tandvård för alla och minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen.

Nedan följer våra mer detaljerade synpunkter och reflektioner om några av utredningens förslag under respektive rubrik.

## **Synpunkter på specifika förslag och avsnitt**

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

Vi *tillstyrker* förslagen om att behovs-solidaritetsprincipen och principen om att tandvården ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet införs i tandvårdslagen. Vi håller med utredningen om att det är svårt att motivera att de grundläggande principerna i den etiska plattformen inte skulle omfatta tandvården. Vi ser också att införandet av behovs- och solidaritetsprincipen i tandvårdslagen kan vara en viktig grund för att uppnå en omfördelning av resurser från patienter med mindre vårdbehov till patienter med större vårdbehov.

I en av våra tidigare rapporter analyserade vi vård efter behov i hälso- och sjukvården (Styra mot horisonten, rapport 2020:7). En av slutsatserna i rapporten var att det är komplicerat att i praktiken definiera och rangordna behov, och principen om vård efter behov har inte en framträdande roll i styrningen av hälso- och sjukvården. Att föra in behovs- och solidaritetsprincipen i tandvårdslagen är således en viktig signal, men kompletterande åtgärder behövs sannolikt för att principen ska få genomslag i den praktiska verksamheten.

En förutsättning för att kunna styra resursfördelningen efter behov är att det finns underlag för en sådan styrning. Vi ser därför att den föreslagna individuella

riskbedömningen får en viktig roll för att behovs- och solidaritetsprincipen ska kunna tillämpas i praktiken.

#### **7.4.5 Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras**

Vi *tillstyrker* bedömningen att tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras, för att möjliggöra samverkan med hälso- och sjukvården i ett gemensamt utvecklingsarbete och för att utveckla för tandvården specifika områden. Här menar vi att också samverkan med kommunernas socialtjänst är aktuell, till exempel vad gäller tandvård för äldre. Vi menar att det är särskilt viktigt att stimulera särskilda utvecklingsinsatser för att nå grupper som trots behov inte besöker tandvården.

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

Vi *tillstyrker* förslaget att vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs. Tandvården har generellt ett informationsövertag gentemot patienterna. Att patienter ges information på ett sätt som är anpassat efter mottagarens förutsättningar är grundläggande i personcentrerad vård, för att patienter ska kunna vara delaktiga medskapare. Vi vill därför särskilt betona vikten av att tandvården inte bara ska informera patienten, utan att patienten ska ges information på ett sådant sätt att patienten kan vara delaktig i sin vård och diskutera beslut gemensamt med vårdgivaren.

Patienternas kunskap om tandvårdsstöden har hittills varit begränsad, och vi menar att det med stor sannolikhet fortsättningsvis kommer att vara så. Det är därför viktigt att vårdgivaren informerar patienten om aktuella tandvårdsstöd och avgifter inom tandvårdssystemet. Även om flertalet vårdgivare redan informerar patienterna om detta visar rapporter att det förekommer brister, och vi delar därför utredningens slutsats att det är väsentligt att införa ett informationskrav.

Utredningen hänvisar till bestämmelser i patientlagen om vårdgivares ansvar att informera patienter. I vår uppföljning av patientlagen 2017 (Lag utan genomslag, rapport 2017:2) såg vi dock att patientens ställning försvagats på flera områden sedan patientlagens införande, bland annat vad gäller information. Patienter inom hälso- och sjukvården ansåg inte att deras informationsbehov tillgodosetts. Vi håller med utredningen om att det finns ett viktigt signalvärde i att lagstiftaren tydliggör vårdgivarens informationsansvar, men vi vill betona vikten av att arbeta med implementeringen av informationsansvaret och se till att tandvården har förutsättningar att uppfylla informationsansvaret. Det är också viktigt med fortsatt uppföljning.

#### **8.9.1 Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år**

Vi *tillstyrker* förslaget om att sänka åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna till 19 år. Vi tolkar utredningens genomgång av tandhälsan bland barn och unga vuxna som att den stora utmaningen är skillnader i tandhälsa utifrån socioekonomiska parametrar, och menar därför att resurser bör användas för att nå de barn och unga vuxna med sämre tandhälsa framför subventioner av tandvård för unga vuxna generellt.

Utredningen beskriver att det är för tidigt för att kunna dra slutsatser om effekterna på unga vuxnas tandhälsa av den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård. Vi menar att det är viktigt att följa tandhälsan i gruppen unga vuxna över tid, och särskilt beakta konsekvenserna av den sänkta åldersgränsen för unga vuxna med svagare ekonomi och en sämre tandhälsa än gruppen unga vuxna generellt. Utredningen menar att patienternas kostnad för besök inom tandhälsoplan innebär en låg ekonomisk tröskel. Det finns dock en risk att patienter med svag ekonomi kan komma att utebli från besök vilket kan få konsekvenser för tandhälsan på sikt.

### **8.9.2 Riskbedömning av barn och unga vuxna, samt 9.2.1 Enhetlig individuell riskbedömning**

Vi instämmer med utredningen att det vore positivt med en nationell, enhetlig och systematisk modell för riskbedömning av barn, unga vuxna och alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Vi delar utredningens slutsats att riskbedömningen kan spela en viktig roll om behovs- och solidaritetsprincipen ska kunna få genomslag i den praktiska verksamheten, och ser att riskbedömningen kan möjliggöra förbättrad uppföljning och kunskapsutveckling inom tandvården.

Vi hade dock önskat ett mer utvecklat resonemang kring hur instrumentet för riskbedömning ska fungera. Utredningen beskriver övergripande ett AI-/algoritm-baserat riskbedömningsverktyg och tar upp ett antal farhågor med ett sådant verktyg. Utredningen poängterar vikten av robusta kriterier, men problematiserar inte i någon större utsträckning vad det i praktiken innebär. Eftersom riskbedömningen har en grundläggande roll i utredningens förslag, och skulle få konsekvenser för prioriteringar, revisionsintervall, behandling m.m. hade vi gärna sett en mer utvecklad analys av både modellens uppbyggnad och de farhågor/risker som tas upp. Vi har svårt att utifrån nuvarande beskrivning av riskbedömningsverktyget få en bild av hur de farhågor/risker som identifierats ska hanteras.

### **9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll**

Vi är positiva till införande av en individuell tandhälsoplan, men vi ställer oss tveksamma till patienternas finansiering och förslaget om en fast patientkostnad på 200 kronor per besökstillfälle. Vi delar utredningens bild att det för patienterna är positivt med en enhetlig och fast kostnad som skapar förutsägbarhet för besöken inom tandhälsoplan. Vi ser dock att förutsägbarheten främst kommer gälla patienter med relativt god tandhälsa som inte behöver ytterligare åtgärder utanför tandhälsoplan. För patienter med större tandvårdsbehov kommer osäkerheten om vad tillkommande behandlingar ska kosta att bestå. Utredningen beskriver att en oro för framtida kostnader till följd av ett identifierat tandvårdsbehov kan vara en tröskel till tandvården, och att det främst utgör ett hinder för personer med svagare socioekonomisk situation och sämre tandhälsa. Vi ser därför en risk att den patientgruppen även med utredningens förslag kommer att avstå tandvård trots behov. Det gäller särskilt givet den stora variation i priser som förekommer. Tandpriskollen kan på sikt ha betydelse för att öka patienters prismedvetenhet, men vi menar att den sannolikt framför allt kommer att nyttjas av mer resursstarka patienter.

Vi anser också att konsekvenserna av införandet av prisreglering inte är tillräckligt utredda. Utredningen beskriver att det kan leda till ett minskat utbud, sämre tillgänglighet och valfrihet för patienterna. Det finns också en risk att priserna på åtgärder utanför tandhälsoplan kommer att stiga till följd av prisregleringen. Det skulle i så fall särskilt drabba patienter med större vårdbehov vilket riskerar att på sikt öka skillnaderna i tandhälsa mellan olika grupper i befolkningen. Vi menar att det är konsekvenser som skulle drabba patienterna negativt.

Vi vill också framhålla att även om det finns ett värde i att ha en enhetlig och fast kostnad för besök inom tandhälsoplan, så vet vi från tidigare studier inom hälso- och sjukvården att det ofta krävs andra åtgärder än en låg eller utebliven kostnad för att nå alla grupper i befolkningen. I vår uppföljning av införande av avgiftsfri mammografi (Avgiftsfri mammografi, rapport 2020:12) såg vi att deltagandet endast förändrades marginellt efter införandet av avgiftsfrihet, även om det fanns en tydligare ökning av deltagandet i vissa grupper. Vi menar därför att en fast kostnad för besök inom tandhälsoplan sannolikt inte kommer att räcka för att nå de som idag inte söker tandvård trots behov. Det behöver kompletteras med riktade och anpassade insatser. Utredningens bedömning att tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras, för att bland annat utveckla hälsofrämjande och förebyggande insatser utanför klinikerna för att nå grupper som inte besöker tandvården ser vi som viktigt (avsnitt 7.4.5). Det gäller också patienter i glesbygd som söker tandvård i lägre utsträckning. Vi har svårt att utläsa vilka konsekvenser utredningens förslag kommer att få för patienter i glesbygd.

Gruppen sköra äldre förlorar ofta sin tandvårdskontakt. Utredningen menar att sköra äldre i och med förslaget om tandhälsoplan kan ges förebyggande insatser efter en individuell riskbedömning, och att den låga kostnaden kommer underlätta för äldre att upprätthålla en tandvårdskontakt. Utredningen framhåller också att kommunens funktion för biståndsbedömning har en viktig roll genom att rutinemässigt informera brukare och anhöriga om vikten av att upprätthålla en tandvårdskontakt och vad en tandhälsoplan innebär. Vi menar att det finns flera anledningar än rent ekonomiska till att sköra äldre förlorar sin tandvårdskontakt, och vi är därför tveksamma till vilken effekt införandet av en fast kostnad för besök inom tandhälsoplan kommer att ha för att sköra äldre ska bibehålla sin tandvårdskontakt. I vår tidigare rapport Tandlösa tandvårdsstöd (rapport 2017:2) såg vi att det fanns otydligheter i rollfördelningen mellan kommunerna och regionerna, vilket medförde att information om stöden inte alltid nådde fram till patienterna. Vi ser fortsatt en risk att information om tandvård inte är det som kommer vara i fokus i kommunernas kontakter med målgruppen vilket kan göra att informationen om tandvårdsstöd inte når fram till de äldre. Vi hade gärna sett en fördjupad analys av hur tandvårdssystemet kan utformas för att stötta sköra äldre och andra personer att behålla sin tandvårdskontakt.

#### **10.5 Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet, samt 10.5.5 Hur det statliga tandvårdsstödet ska fungera för patienter i behov av selektivt stöd**

Vi är positiva till översynen av de regionala tandvårdsstöden och vi håller med utredningen om att införande av ett statligt selektivt tandvårdsstöd till viss del kan underlätta förståelsen för systemet, eftersom stöden samlas hos en aktör. Vi är också positiva till att kriterierna för att inkluderas i stödets målgrupp ska ses över, och vi tror

att utredningens förslag kan bidra till en ökad jämlikhet genom en mer enhetlig tillämpning. Dock ställer vi oss tveksamma till om förslaget om införandet av ett nytt selektivt tandvårdsstöd är tillräckligt för att lösa alla de utmaningar som finns kopplat till tandvårdsstöden idag. Vi har till exempel svårt att se hur utredningens förslag ska förbättra för personer som vårdas i hemmet av närstående att ta del av tandvårdsstöden, liksom hur sköra äldre personer ska stöttas att behålla sin tandvårdskontakt.

Med nuvarande system kan en patient få tandvård utförd inom både det regionala särskilda tandvårdsstödet och det statliga tandvårdsstödet. Utredningen menar att detta bidrar till att tandvårdsstöden uppfattas som komplicerade att förstå för patienterna. I vår tolkning av utredningens förslag kommer den otydligheten i viss mån att bestå, eftersom patienter som erhåller statligt selektivt stöd också kommer kunna få tandvård utförd inom det generella statliga stödet och därmed behöva förhålla sig till två olika tandvårdsstöd med olika regler för patientavgifter. Vi ser en risk att tandvårdssystemet för dessa patienter även fortsättningsvis kommer att uppfattas som komplext och svårt att förstå.

#### **9.2.6 Myndigheters ansvar för utveckling, reglering och implementering av reformerna, samt 10.5.8 Ökad kännedom bland patienter och deras närstående**

Vi delar utredningens bedömning att det bör övervägas om det är motiverat att ge Försäkringskassan i uppdrag att genomföra särskilda informationsinsatser riktade till allmänheten och särskilt berörda grupper inför och under lanseringen av den nya reformen. Mot bakgrund av den låga kännedomen i befolkningen om nuvarande tandvårdsstöd menar vi att det är angeläget att nå ut med information. Vi har tidigare förespråkat att informationsansvaret samlas nationellt hos en aktör (Tandlösa tandvårdsstöd, rapport 2015:3). När Försäkringskassan föreslås ansvara för både det generella och det selektiva tandvårdsstödet finns bättre möjligheter att samla information om tandvårdssystemet och arbeta med informationsspridning. Vi instämmer med utredningen om att det är centralt att arbeta för att nå de grupper i befolkningen som inte har kontakt med tandvården idag.

#### **10.6.2 Tillvägagångssätt för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård**

Vi är positiva till att tandvården ges möjlighet att initiera prövning hos Försäkringskassan. Dock ser vi en risk för otydlighet i ansvaret att identifiera patienter för selektivt tandvårdsstöd. I vår tidigare rapport Tandlösa tandvårdsstöd (rapport 2015:3) såg vi att ett problem med nuvarande system är att kommunerna och hälso- och sjukvården inte alltid informerar patienterna om tandvårdsstöd på grund av tidsbrist, att tandvård inte står överst på agendan, att de inte känner till stöden men också för att det delade ansvaret för information gör att aktörerna tror att någon annan informerar patienten. Vi befarar att motsvarande problematik kan uppstå med förslaget att både hälso- och sjukvården, tandvården och kommunerna ska identifiera patienter berättigade till selektivt tandvårdsstöd. Det behövs tydlig vägledning till vårdgivarna kring vilket ansvar de har och hur processen för initiering av selektivt tandvårdsstöd ska se ut. Det är särskilt viktigt för de patienter som inte har en regelbunden tandvårdskontakt, och som i första hand möter hälso- och sjukvården eller personal i kommunernas verksamheter. Tandvården träffar också patienter med relativt långa tidsintervall, vilket försvårar för tandvården att informera om stöd i rätt tid när hälsotillståndet förändras.

Utifrån vår tidigare publicerade rapport Tandlösa tandvårdsstöd (2015:3) om hur tandvårdsstöden fungerar för den äldre befolkningen instämmer vi med utredningens slutsatser om att nuvarande särskilda tandvårdsstöd inte når ut till avsedda målgrupper (äldre), att de upplevs som komplexa och svåra att förstå, att det förekommer regionala variationer i tillämpningen vilket medför ojämlikhet och att de är administrativt omfattande. Vi välkomnar utredningens översyn av kriterier för berättigande till stöd, och håller med om att det behövs en enhetlig nationell tillämpning. Dock har vi svårt att se hur utredningens förslag ska förbättra för personer som vårdas i hemmet av närstående att ta del av tandvårdsstöden. Vi hade också, som påtalats tidigare, gärna sett en fördjupad analys av hur tandvårdssystemet kan utformas för att stötta sköra äldre och andra personer att behålla sin tandvårdskontakt. Utredningen resonerar i bilaga 2 (s. 1048) om en påminnelsefunktion bör inrättas där Försäkringskassan via brev påminner personer som är berättigade till långvarigt selektivt tandvårdsstöd men som uteblir från tandvård under en längre period. Vi kan inte ta ställning till just den idén men menar att det behövs en fortsatt analys av hur systemet kan utformas för att stötta personer som lätt förlorar sin tandvårdskontakt.

#### **10.7.1 Regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra**

Vi *tillstyrker* förslaget om att regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra. Vi delar utredningens slutsatser om att det finns brister i kunskapen om munhälsa och munvård bland personal inom kommunalt finansierad vård och omsorg, och att nuvarande system inte har fungerat tillfredsställande. Vi ser dock en risk att situationen inte kommer att förbättras om regionens ansvar för munvårdsutbildning upphör. Vi menar att det är angeläget att kommunerna vidtar åtgärder för att höja kompetensen hos berörd personal, och att uppföljning sker av hur de kommunala nämnderna fullgör sitt ansvar för att säkerställa att personalen har lämplig utbildning och kunskap om munhälsa och munvård.

Just nu pågår arbetet med en äldreomsorgslag (dir. 2020/142). Munhälsa är inte en uttalad del i direktivet men vi menar att frågan om hur munvårdsbehovet ska tillgodoses bland personer inom kommunalt finansierad vård och omsorg också kan vara aktuell att belysa inom ramen för uppdraget.

#### **11.2.4 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd**

Utredningen har på mycket kort tid tagit fram fyra modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd. Vi ser förslagen som en bra utgångspunkt för fortsatt utredning, men väljer att inte kommentera de fyra förslagen närmare.

Utredningen resonerar i avsnitt 11.2 kring vad ett närmande mellan tandvården och hälso- och sjukvården kan innebära. Vi anser att frågan om tandvårdens relation till hälso- och sjukvården bör belysas bredare än högkostnadsskyddets utformning, och också inkludera sådana aspekter som rör en sammanhållen finansiering, styrning och organisation samt ett medicinskt helhetsperspektiv, vilket låg utanför utredningens uppdrag. I vår rapport Tandlösa tandvårdsstöd (rapport 2015:3) lyfter vi behovet av att närmare integrera tandvården och hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Vi lyfter som exempel möjligheten att koppla tandhygienister till särskilda boenden och

hemtjänstutförare eller att koppla en tandhygienist till de delar av sjukvården som träffar många högriskpatienter.

---

Beslut om detta yttrande har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. I den slutliga handläggningen har chefsjurist Catarina Eklundh Ahlgren, analyschef Caroline Olgart Höglund samt projektdirektörerna Joakim Ramsberg, Marianne Svensson och Nils Janlöv deltagit. Utredaren Sofia Almlöf har varit föredragande.

Jean-Luc af Geijerstam

Sofia Almlöf