



## Remissvar på utredningen

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

Svensk förening för bettfysiologi (SFB) har tagit del av rubricerad utredning och är tacksamma för möjligheten att kommentera densamma. SFB är den nationella specialistföreningen för bettfysiologer, dvs vi som inom tandvården är specialister på diagnostik och behandling av långvarig orofacial smärta och käkfunktionsstörningar.

SFB anser att utredningen i mycket hög grad och på ett utmärkt sätt har identifierat och definierat de problem dagens tandvårdsstöd medför. SFB delar i huvudsak utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd men vi har kommentarer, synpunkter och förslag på ett antal punkter, både vad gäller beskrivningen av nuläget och ännu viktigare på förslagen till nytt tandvårdsstöd.

## Allmänna kommentarer och synpunkter

### **Oral hälsa och tandhälsa (2.5.1)**

SFB stödjer utredningens förslag att begreppet tandhälsa definieras som en del av begreppet oral hälsa/munhälsa och anser att begreppet ”oral hälsa” ska användas genomgående i tandvårdslagen (t ex i 7.1.1: ”Vad som kan anses vara målbilden för en god tandhälsa är inte definierat i förarbetena till tandvårdslagen och är i viss mån individuellt, men målet ser till befolkningen som helhet. I en god tandhälsa kan, enligt utredningen, inrymmas en frånvaro av smärta, sjukdomar och besvär i tänder och dess bettfunktion, käkar och munnens slemhinna, med en sammantagen god funktion för att äta, tugga och tala”). SFB stödjer speciellt skrivningen att oral hälsa omfattar ”frånvaro av smärta, sjukdomar och besvär i tänder och dess bettfunktion, käkar och munnens slemhinna, med en sammantagen god funktion för att äta, tugga och tala”.



### **Utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem (2.5.5)**

SFB stödjer utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem. Vi anser att den övergripande inriktningen att Sverige ska erbjuda god tandvård på lika villkor samt att det ska finnas jämlika förutsättningar för människor att få tandvård är utmärkt. De sex kriterierna på ett jämlikt tandvårdssystem som utredarna lyfter fram är viktiga utgångspunkter i det fortsatta arbetet med att utveckla tandvårdssystemet.

### **De vanligaste orala sjukdomarna (5.2, 5.3)**

Här omnämns karies, parodontit och erosion. SFB, som naturligtvis med detta remissvar kan tyckas men också ska tala i egen sak, utgår i stället helt från våra patienters behov när vi menar att orofacial smärta kunde omnämnas här. Ett flertal studier visar att generell långvarig smärta är mycket vanligt, ca 20% av västvärldens befolkning lever med långvarig smärta. För orofacial smärta visar många studier att motsvarande siffra ligger mellan 10 och 15 procent. Cirka tre gånger så många kvinnor som män drabbas och konsekvenserna är ofta allvarliga (sjukskrivning, depression, ångest, smärta på andra ställen i kroppen osv). Det är också ett tillstånd som dels debuterar tidigt (i 12–14 års-åldern) med en stor överrepresentation hos flickor/kvinnor och dels ökar förekomsten generellt. Tillstånden är alltså vanliga och tandvården är den enda vårdinstans som är specifikt utbildad för att hantera dessa tillstånd (motsvarande kompetens finns inte i hälso- och sjukvården).

Att orofacial smärta är (alltför) vanligt och ökar behöver i så fall även kommenteras under punkt 5.3. Det finns inga studier som lyckats visa att orofacial smärta minskar utan snarare tvärtom. Att orofacial smärta ökar, parallellt med långvarig smärta generellt och stress, depression, ångest mm, finns belagt i ett flertal svenska studier och en avhandling från Jönköping.

### **Samband mellan tandhälsa och övrig hälsa (5.4.6)**

SFB vill betona och gärna se omnämnt att det även finns tydliga samband mellan orofacial smärta och övrig hälsa. Komorbiditet är vanligt och många långvariga smärttillstånd överlappar med orofacial smärta. Exempel är depression, ångest, migrän, irritable bowel disease, fibromyalgi, reumatiska sjukdomar m fl.

### **Få personer med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov i Sverige (5.10.1)**

Det finns en belagd och uttalad underdiagnostisering och underbehandling av orofacial smärta och käkfunktionsstörningar i Sverige. Utredningen skulle, enligt SFB, behöva problematisera om dessa förhållanden i relation till både



hur diagnostik hanteras i det nuvarande tandvårdsstödet och betydelsen för god tandvård på lika villkor (även under 6.7.9).

### **Tandhälsoregistret har medfört förbättrade möjligheter att studera tandhälsans utveckling (6.2.3, 8.9.3)**

SFB anser att registret fyller en mycket viktig funktion, inte minst för framtiden om registret blir mer komplett och heltäckande. SFB vill dock uppmärksamma utredningen på ett uppenbart behov av att registret kompletteras med data avseende smärta och käkfunktionsstörningar. Dessa är, som sagt, vanligt förekommande och förekomsten förefaller öka över tid och mest hos kvinnor samt att en underdiagnostik och underbehandling för dessa tillstånd har konstaterats. SFB stödjer därför utredningens rekommendation om att tandhälsoregistret ska utvidgas för att omfatta även data avseende oral hälsa (inklusive orofacial smärta och käkfunktionsstörningar) hos vuxna likväl som hos barn och unga vuxna.

### **Förändringar i Tandvårdslagen (1.1)**

SFB stödjer de förändringar av och tillägg till Tandvårdslagen som utredningen föreslår. Speciellt välkomnas:

- Att behovssolidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården ska föras in i tandvårdslagen. Samt att principen om att tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ska föras in i tandvårdslagen.
- Att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet förs in i Tandvårdslagen.
- Att tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras, dels för att möjliggöra samverkan med hälso- och sjukvården och omsorgen i ett gemensamt utvecklingsarbete, dels för att utveckla för tandvården specifika områden. Här anser SFB att ett kvalitetsdrivande system för finansiering av forskning, utvecklings- och förändringsarbete bör byggas in i det nya tandvårdsstödet, t ex genom att en mycket liten summa från varje åtgärd (t ex 50 öre) kanaliseras in i en nationell fond där medel för patientnära forskning/utveckling kan sökas i konkurrens och tilldelas projekt som överensstämmer med detta syfte.
- Att vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs i Tandvårdslagen (och Patientsäkerhetslagen).



- Att Tandvårdslagen ändras så att det är regionen och inte folk tandvården som ska ansvara för en fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna.

**Individuell riskbedömning (9.2.1, 9.2.2 och 7.1.8, 8.9.2, 10.4.4, 12.2.7, 12.6.5)**

SFB stödjer utredningens förslag om att enhetlig individuell riskbedömning av patienter bör utföras inom hela tandvårdssystemet (offentligt finansierad tandvård – privat tandvård samt barn – vuxna) och bedömningen att riskbedömning med krav på dokumentation och inrapportering ger goda möjligheter till datainsamling om tandhälsa för uppföljning, kunskapsutveckling och forskning. Det här förutsätter att riskbedömningen tar minimalt med administrativ tid i anspråk, att den tar hänsyn till relevanta faktorer och att Tandhälsoregistret är adekvat dimensionerat.

Dagens riskbedömning tar till exempel inte alls hänsyn till smärta och käkfunktionsstörningar, faktorer som är av stor betydelse för riskbedömning och prognostisering, även för odontologiska tillstånd och behandlingar som inte är specifikt kopplade till långvarig smärta och käkfunktionsstörningar. Dagens system innehåller en diffus punkt: ”teknisk risk”, där faktorer som kraftig bruxism kan vara en teknisk risk för protetiska konstruktioner men det är långt ifrån tillräckligt. Vi mottar ofta remisser på patienter bedömda med låg risk inom Folk tandvården men med uttalad smärt- och funktionsproblematik.

**Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras (7.4.5)**

SFB anser att det är naturligt att tandvården i stort, på det sätt den finansieras via patientintäkter, av sig själv bidrar till att finansiera forskning med odontologiska frågeställningar, i analogi med förslaget som nämns ovan. Detta som ett komplement till statlig och regional forskningsfinansiering eftersom de nya kunskaperna och minskning av kunskapsluckor faktiskt kommer tandvården tillgodo. SFB föreslår därför att en viss del av tandvårdens intäkter (X% eller 50 öre per utförd åtgärd) avsätts till en nationell forskningsfond där medlen delas ut till patientnära forskning med stor och snar betydelse för patienterna. Patientbehovs-uppkomna forskningsfrågor och forskning där forskningsresultaten bedöms kunna implementeras snabbt i tandvården bör premieras liksom forskning inom identifierade kunskapsluckor (se databas hos Socialstyrelsen). Denna fond kan med fördel administreras av Försäkringskassan och utlysa forskningsmedel enligt ovan med regelbundna intervall.



Kommentarer och synpunkter på förslag som avser tandvård till vuxna med särskilda behov

### **Allmänt (kapitel 10)**

SFB kan inte nog mycket välkomna utredningens förslag att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdsförordningen ska upphöra och i stället ersättas med ett statligt selektivt tandvårdsstöd som omhändertar huvuddelen av dagens regionfinansierade särskilda tandvårdsstöd för vuxna. SFB stödjer även förslaget om ett kompletterande nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för övriga vuxna med särskilda behov.

Speciellt välkomnas förslaget att ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid införs för personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade. Det är utmärkt och faktiskt självklart att dessa patienter ska kunna identifieras både av tandvården och av hälso- och sjukvården. Det är ju patientens tillstånd och behov som ska styra tillgänglighet till vård, inte vem som skriver remissen. Det blir extra tydligt i dagsläget för patienter med allvarliga långvariga sjukdomar som ofta innebär långtidssjukskrivningar eller sjukbidrag där dessa individer helt enkelt inte har råd att betala för vård som borde vara självklar att kunna få. Ett enkelt exempel på hur snett detta fungerar idag är behandling av inflammation i en led vid reumatoid artrit (RA). Gäller detta RA i knäleden är det ju ingen tvekan att detta hanteras inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem medan om det gäller en inflammation pga RA i käkleden faktiskt beror på vem som skrivit remissen och/eller om detta är en första inflammation eller en återkommande inflammation som behöver behandling (denna bedömning skiljer sig avsevärt mellan olika regioner, dessutom).

### **Tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid (10.8.2)**

Utredningen skriver att *"Försäkringskassan prövar om patienten tillhör den aktuella gruppen i det selektiva stödet genom att kontrollera att ställda villkor och kriterier som framgår av regler på föreskriftsnivå är uppfyllda. Patienten får ett tydligt beslut kommunicerat från Försäkringskassan med vad som omfattas av beslutet, alternativt en förklaring till varför tillhörighet inte medges. Beslutet bör vara möjligt att överklaga, se avsnitt 10.5.7"*. SFB anser dels att denna skrivning är otydlig och dels att denna bedömning inte ska göras av Försäkringskassan initialt. Denna bedömning görs mycket bättre av specialisten som utreder patienten än tandläkare på Försäkringskassan som



kan komma att sakna kompetens för den bedömningen. Det är ju detta som är ett stort problem i dagens regionala tandvårdsstöd där bedömningarna varierar stort mellan regionerna, där bedömningen ofta görs av tandläkare som inte är specialister och som i dagsläget, och ifall detta förslag går igenom, skapar en stor administrativ börda både hos behandlaren/vårdgivaren och Försäkringskassan. SFB föreslår att specialist i bettfysiologi (möjligen alternativt käkkirurgi) gör denna bedömning och att Försäkringskassan får ett uppdrag att utföra stickkontroller för kvalitetssäkring av dessa bedömningar. Självklart behöver specialisten i så fall ha fullgod dokumentation på varje fall för att stödja sitt beslut.

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"*. SFB tror att utredningens intention är mycket god men vi menar att denna text är otydlig. SFB vill se att specialisttandläkare i bettfysiologi (möjligen alternativt käkkirurgi) är de som får pröva och besluta om tillhörighet till stödet, utifrån regelverket, och därefter meddela Försäkringskassan.

SFB menar att denna prövning om tillhörighet till stödet till Försäkringskassan leder till ökad rättssäkerhet eftersom det då finns en möjlig väg för patienten att få beslutet överprövat. Den möjligheten saknas helt idag.

Sannolikt bidrar prövning till Försäkringskassan, i stället för som nu när respektive region själva bedömer detta (och ofta utan adekvat kompetens), även till att bedömningarna inte ska behöva skilja sig åt beroende på var patienten är folkbokförd.

### **Specifika kommentarer (kapitel 10)**

Utredningen föreslår fem huvudgrupper i det selektiva stödet:

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

SFB delar helt utredningens uppfattning att dessa grupper bör ingå i denna del.

SFB förslår att skrivningen för grupp 4 "Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma" ändras till "Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i **käksystemet** orsakad av sjukdom eller trauma" eftersom det inte enbart är käkleden som kan drabbas.

SFB anser att såväl mål som vilka tillstånd som omfattas är bra. I den fortsatta texten anser vi dock att ordvalet "**bör**" ska ersättas med "**ska**". Vi förstår att utredarna valt att uttrycka sig försiktigt, dock menar vi att om texten blir kvar i kommande anvisningar, meddelandeblad mm så kommer det att motverka intensionen men lika villkor i tandvården. Regionerna kommer, precis som idag, att göra olika tolkningar, vilket vore helt emot den goda intensionen med jämlik tandvård.

I avsnittet **Avgränsningar** föreslår SFB följande ordalydelse:

"För att identifiera de patienter som **ska** omfattas i grupp 4 inom det selektiva stödet för viss behandling **ska** en inledande undersökning hos specialist i bettfysiologi..."

I avsnittet "Långvariga smärttillstånd i käkområdet – mer än tre månader" vill SFB att lydelsen ska vara:

"Tillståndet **ska** avse långvariga, eller svåra, smärtor i ansikts- eller käkregionen, som inte är att hänföra till enstaka tand eller tandgrupp och som varat mer än tre månader."

Bisatsen "allmän stress, spänning, tandpressning eller tandgnissling" kräver SFB ska tas bort då det inte går att på ett patientsäkert sätt avgöra om dessa faktorer är orsaksfaktorer till tillståndet eller orsakade av tillståndet eller relaterade till annat tillstånd som patienten kan ha.



I avsnittet "Käkleder som affekterats av reumatisk eller annan sjukdom..." föreslår SFB följande ordalydelse:

"...uppvisat tecken på artrit i käkleden **ska** omfattas av stödet"

I avsnittet "Regelverk" föreslår SFB följande ordalydelse:

"...separata tillstånd **ska** finnas för de olika smärttillstånden, sjukdomarna och defekterna."

I avsnittet "Behandling som omfattas" lämnar SFB följande synpunkt:

Begreppet "översiktlig undersökning" föreslår vi ersätts med **utredning**. Vår erfarenhet är att för patienter med de tillstånd som avses krävs en noggrann utredning för att avgöra både diagnos och lämplig individanpassad behandling alternativt att tillståndet inte omfattas av det selektiva stödet. Ordet "översiktlig" kan därmed vara både kontraproduktiv och bidra till en kostnadsineffektivitet. Ordet "undersökning" leder tankarna mot en vanlig undersökning hos tandläkaren, vilket inte är fallet här.

I avsnittet "Förslag till övriga villkor" har SFB följande synpunkter:

*"Diagnoser ska ställas och behandling terapiplanernas av specialisttandläkare i bettfysiologi alternativt käkkirurgi, men behandling kan utföras av annan tandläkare."*

Förslaget är bra. Det som är otydligt är om den terapi som planeras och som genomförs av annan tandläkare omfattas det selektiva stödet eller av tandvårdsförsäkringen. Det behöver förtydligas. Genomförd vård ska också följas upp och utvärderas. SFB anser att utvärdering behöver utföras av den som ansvarat för diagnostik och planering av behandling, dvs specialisttandläkare i bettfysiologi alternativt käkkirurgi. Den åtgärden behöver, enligt vår mening, omfattas av det selektiva stödet.

SFB finner att de förslag på behandlingar som bör omfattas är adekvata samt finner även att förslag till övriga villkor är rimliga.

Kommentarer till text under denna punkt:





*– Vid behandling med andra åtgärder än kirurgi, fast protetik eller ortodonti anser utredningen att det inte behövs någon prövning av detaljerat behandlingsförslag.*

Förslaget är utmärkt

*– För behandling med kirurgi, fast protetik eller ortodonti anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.*

Förslaget är bra

*– För patienter med långvariga eller svåra smärttillstånd bör stödet gälla ett år efter tillstyrkt förhandsprövning.*

SFB anser att ett år är för kort tid för denna patientgrupp och den föreslagna gränsen skulle bara orsaka onödigt mer administration utan att tillföra något värde. SFB föreslår att stödet ska gälla under två år, precis som för patienter med reumatiska sjukdomar. Vi bedömer att det är för samhället mer kostnadseffektivt och för patienten en ökad trygghet. Vår erfarenhet är att utfallet av de behandlingar som görs behöver följas upp under en längre tid än ett år. Med en ett-årsgräns är risken betydande att patienten återkommer på ny remiss och det leder till ny utredning och administration.

*– För patienter med reumatiska eller andra sjukdomar i käkleden bör stödet gälla för en period om två år.*

Förslaget är utmärkt

*– 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).*

Förslaget är utmärkt

Utredningen föreslår under "Oralmedicinska tillstånd" att munsveda ska ingå. SFB anser det är lämpligt men att det kan vara begränsande för drabbade



patienter. SFB vill se att "munsveda", eller "munsveda utan slemhinneförändringar", även ingår under punkt 4 "Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma". Vår utgångspunkt är att specialiteten orofacial medicin hanterar munslemhinneförändringar (med eller utan associerad sveda) men att specialister i bettfysiologi utreder och behandlar den långvariga smärtan och dess konsekvenser som denna munsveda kan innebära. För ett dessutom mycket besvärligt tillstånd som inte alls är ovanligt bland kvinnor över 60 år, Burning mouth syndrome, är ett diagnoskriterium dessutom att det inte ska vara några munslemhinneförändringar. Dessa patienter (och deras smärta) ska därför specialist i bettfysiologi utreda och behandla under punkt 4.

SFB delar uppfattningen att hälso- och sjukvården ska ta den ekonomiska kostnaden för sömnapnéskena på medicinsk indikation samt att beslutet om behandling med sömnapnéskena på medicinsk indikation ska vara ett medicinskt beslut.

Styrelsen i Svensk förening för bettfysiologi, 2021-08-24

Per Alstergren  
Ordförande

Birgitta Johansson Cahlin  
Sekreterare

Susanna Marklund  
Kassör

Alkisti Anastassaki Köhler  
Ledamot

Erik Lindfors  
Ledamot