

## Yttrande över betänkandet

### När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8), RS 2021–0322

---

Sveriges Förening för Oral Protetik (SFOP) anser att det är en gedigen och väl genomarbetad utredning med ett syfte att nå målet med jämlik tandhälsa. Vi tackar för möjligheten att lämna synpunkter och har valt att fokusera på de områden som är mest angelägna ur SFOP:s synvinkel.

Utredningen har valt att definiera ett jämlikt tandvårdssystem utifrån följande sex kriterier:

- vård och behandling efter behov
- god tillgång till behandlare i hela landet
- vård och behandling av god kvalitet och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- låg ekonomisk tröskel för patienten
- nationellt likvärdig tillämpning av befintliga regelverk
- förmåga att nå grupper som av socioekonomiska, kulturella eller andra skäl avstår tandvård

De sex kriterierna på ett jämlikt tandvårdssystem som lyfts fram är viktiga som utgångspunkter i arbetet med att utveckla tandvårdssystemet.

#### **SFOP lämnar härmed följande synpunkter på betänkandet:**

Oral hälsa bör användas framför tandhälsa. Vi anser att munnen är en helhet och att bett- och tuggfunktion är viktigt. Vi stödjer 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”

#### *Synpunkter angående tandhälsoplan för vuxna patienter*

Undersökning av patient med komplexa vårdbehov måste få ta tid, inte minst att administrera. Kompletterande utredningar kan behövas. Allt detta för att upprätta en bra tandhälsoplan. Får vårdgivaren kostnadstäckning med det nya förslaget?

Riskbedömningen som ligger till grund för tandhälsoplanen och den behandling som kommer vara knuten till statlig tandvårdsersättning utförs av allmäntandläkaren. Vad blir specialistens roll när patienten remitteras efter upprättad tandhälsoplan? Kommer patienten som genomgår större bettrehabiliterande behandlingar kunna riskbedömas av specialisttandläkare? Kan tandhälsoplanen i sådana fall, vid behov, omprövas av specialisten?

Hur ofta kan en tandhälsoplan omprövas överhuvudtaget? Om patientens allmänhälsa eller orala hälsa hastigt skulle försämrans under det sedan tidigare, utifrån tandhälsoplanen, definierade revisionsintervallet, hur ska kompletterande, nödvändiga utredningar och behandlingar då finansieras inom tandvårdsstödet? Vi ser en viss risk med krånglig administration vid sådana scenarion för att patienten ska kunna få vård inom tandvårdsstödet.

Vi ser risker med automatiserade bedömningar som ska ligga till grund för tandhälsoplanen. Blir dessa tillräckligt individuellt baserade och i utformade i samråd med patienten?

Det administrativa systemet måste vara enkelt och användarvänligt. Farhågor finns att patientbedömningarna kommer att bli administrativt tidskrävande och ta tid från patientbehandling. Behövs nya personalgrupper för att frigöra tid för tandläkare och hygienister - som administratörer, "IT-odontologer"?

Vidare är vi tveksamma till om låg patientkostnad för undersökning och profylax främjar tandhälsan och hjälper de mest utsatta patienterna, med störst behov av reparativ och rehabiliterande vård. Vi kan se risker med att det inkomstbortfall som en reglerad prissättning innebär, för de åtgärder som ingår inom tandhälsoplanen, kompenseras i rehabiliterande åtgärder som då blir ännu mer kostsamma än idag för patienten. Totalkostnaden kan på så vis fortfarande bli hög när stora vårdbehov ska åtgärdas.

Referenspriserna motsvarar inte marknadspris på ett flertal åtgärder och blir därför i sin nuvarande utformning svåra att använda som underlag för att beräkna ersättning för åtgärder inom tandhälsoplanen. Med referenspriserna som utgångspunkt finns risk att vården blir underfinansierad om man ska ersätta delar av den fria prissättningen med prisreglering.

### *Synpunkter angående selektivt tandvårdsstöd*

Ambitionen är att förenkla systemet och göra det mer rättvist är bra, liksom att patienter som omfattas av selektivt stöd kan identifieras av såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Patientens faktiska orala hälsotillstånd och behandlingsbehov ska styra vem som är berättigad selektivt tandvårdsstöd, inte grunddiagnosen. I dagens system saknas kontroll och utvärdering om stödet når rätt patienter, vilket behövs. Vi måste ha kontroll och inte flytta den regionala ojämlikheten till en statlig nivå.

Rehabiliterande vård är ibland komplicerad och starkt individualiserad, varför det är av stor vikt att i specifika fall kunna tidsdebitera vården. Ett exempel kan vara patienter som behandlats för cancer i munhålan, där en omfattande protetisk behandling behövs för att rehabilitera patienten till ett fungerande liv. Ofta fordras livslångt underhåll av de protetiska konstruktionerna.

Rehabiliterande, protetisk vård är viktig för funktion, estetik och återgång till ett socialt liv, för patienter som haft cancer i munnen eller som av andra skäl fått stora defekter, men också för ”den vanliga patienten” med tandförluster, omfattande tandslitage och kollapsat bett. Protetisk vård ger livskvalitet.

I övrigt bra sammanfattande punkter se 10.3.7. Tabellerna 10.1 och 10.2 är pedagogiska och klargörande och inramat förslag s. 686 är mycket bra.

#### *Synpunkter angående sänkt gräns för avgiftsfri tandvård till 19 år*

Vi ställer oss bakom förslaget att sänka gränsen gällande bastandvård till 19 år. Dock behövs särskilda regler för unga patienter med vårdbehov som innefattar kirurgisk, ortodontisk och protetisk behandling, där hänsyn måste tas till biologin och ännu ej avslutad tillväxt i ansiktsskelettet vid 19 års ålder. Hur ska man säkerställa adekvat vård till de unga individer som är i behov av omfattande rehabiliterande vård och ortodontiska behandlingar och som ej kan färdigställas av biologiska skäl inom barn- och ungdomstandvårdens 19-årsgräns? Vårt förslag är att denna patientgrupp ska vara berättigad avgiftsfri rehabiliterande tandvård upp till 23 års ålder. Detta bör också lösas utan att komplicerade regelverk måste kunna tolkas och krävande förhandsbedömningar behöva göras i krångliga administrativa system.

Vi vill betona att även inom barn -och ungdomstandvården måste det orofaciala funktionstillståndet och inte diagnosen styra vilket vårdbehov som föreligger.

#### *Vad vi saknar i utredningen*

Resursbristen av tandvårdspersonal i glesbygden är en viktig fråga att beakta. Finns inte förutsättningar att erbjuda regelbunden och förebyggande tandvård, blir den jämlika tandvården en skrivbordsprodukt. Betänkandets förslag ökar jämlikheten när samma regler kommer att gälla för alla oavsett var i landet man är bosatt, däremot löser förslaget inte de skillnader på tillgänglighet till tandvård som idag finns i landet. Hur ska denna problematik lösas?

Det behövs fokus på hur vi ska nå patienter som inte får tandvård idag. Ett exempel kan vara patienter med psykisk ohälsa och tandvårdsrädsla, där ekonomin inte alltid är orsak till

utebliven tandvård. Olyckligt när de kommer för sent med stora vårdbehov och mycket lidande för patient och samhälle. Vilka insatser krävs här?

Risken att folktandvården/regionen med ”sistahandsansvar” har svårt att hinna med protetisk behandling. Bör man utreda ett system som liknar det vi har inom sjukvården, där patienter fördelas mellan olika behandlare och regioner?

Har man beaktat alla risker med en ny struktur? Hur predikteras utfallet av orala hälsa? Med nuvarande system har vi en positiv utveckling av den orala hälsan och dessutom nöjda patienter.

Svensk förening för Oral Protetik (SFOP)

2021-08-30

---

**Maria George, ordförande**

**Catharina Göthberg, sekreterare**

**Johan Asplund, skattmästare**

**Anastasios Grigoriadis, webmaster**

**Jenny Petersson (JP), vice ordförande**