

Del 2

Systembeskrivning för Specialisttandvården

Del 2. Systembeskrivning för Specialisttandvården

2022-11-22

Innehåll

Systembeskrivning för Specialisttandvården	4
1. Specialisttandvårdens utveckling	4
2. Tandvårdssystemet och ekonomiska förutsättningar	8
3. Odontologiska kunskapsnoder och ST-utbildning	15
4. Tandvårdsutredningen SOU 2021:8	18

Systembeskrivning för Specialisttandvården

Här tecknas bilden av svensk specialisttandvårds (STV) utveckling via ett antal reformer fram till dagens tandvårdssystem. Det förklaras sen hur detta system med dess ekonomiska förutsättningar byggs upp kompetensmässigt kring odontologiska kunskapsnoder med nationella och regionala ST-utbildningar. Kapitlet avslutas med en genomgång av de i sammanhanget väsentliga slutsatserna i tandvårdsutredningen *När behovet får styra* (SOU 2021:8). Denna del 2 utgör den övergripande grund varifrån vi sen i del 3 tittar närmare på Region Örebro läns STV.

1. Specialisttandvårdens utveckling

Svensk STV utvecklas i organiserad form efter det att dåvarande landsting 1974 hade fått lagstadgat ansvar för STV för i respektive landsting bosatta vuxna. Tanken var att FTV:s egen personal skulle fortbilda specialister som smidigt kunde spridas över landet. Behandlande tandläkare med specialistkompetens kunde då bidra till att utarbeta effektiva vårdprogram så att de begränsade resurserna utnyttjades så effektivt som möjligt.¹ Detta skedde samtidigt som det första generella statliga tandvårdsstödet, den allmänna tandvårdsförsäkringen, infördes. Dessförinnan utfördes privat tandvård med fri prestationsanknuten prissättning medan Folktandvårdens (FTV) patienter betalade enligt en fastställd prestationsbaserad taxa.

I Örebro startade den första tandregleringsklinik 1958 och på 1960-talet etablerades en centraltandklinik på Centrallasarettet för svårare fall. Det är under 60-talet som vägen bereds för STV bland annat genom att läkare förlorar rättigheten att behandla sjukdomar i tänder och munhåla. Enligt lag ligger detta nu exklusivt på tandläkaren. 1965 börjar också den kroppsnära metallen titan användas som tandimplantat.

Den allmänna tandvården reformerades 1974 och i och med detta byggdes FTV ut och en allmän tandvårdsförsäkring infördes. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. Samtidigt infördes också ett särskilt stöd för tandvårdsbehandlingar av medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning samt oralkirurgiska behandlingar. Det särskilda stödet innebar att tandvårdsbehandlingarna ersattes till hälso- och sjukvårdsavgift eller var helt avgiftsfria för patienterna. Det är här som Sverige med de så kallade ”fluortanterna”² tar de stora kliven i att förbättra den generella tandhälsan.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandebild/2016-4-42.pdf>

² Fluortant blev på 1960-talet etablerad slang för tandvårdspersonal, oftast en tandsköterska eller tandhygienist, som genom uppsökande verksamhet genomför fluorsköljning bland skolelever, detta för att motverka den dåliga tandhälsan. Muggar fylldes med 0,2 procentig natriumfluoridlösning som eleverna fick skölja med varje eller varannan vecka. Syftet var att skydda tändernas emalj och förebygga karies. Satsningen lyckades och tandhälsan förbättrades, därmed upphörde fluorsköljning på skolorna. Fluortanten försvann i början på 1990-talet bara för att återuppträ i vissa regioner i början av 2000-talet, nu dock även med fluormän.

Under 1980-talet får specialåtgärder ett uppsving då nya material introduceras, såsom det kvicksilverfria fyllningsmaterialet komposit. 1989 introduceras den första keramiska CAD/CAM-producerade tandkronan aluminiumoxid och zirkonia. Statens utgifter mer än fördubblas under 80- och 90-talet vilket gör att patienterna gradvis får betala en allt större del av tandvårdskostnaderna.

1993 får STV åtta specialiteter: ortodonti, endodonti, pedodonti, parodontologi, protetik, odontologisk radiologi, käkkirurgi och bettfysiologi. Här skiljer sig Sverige och övriga Norden samt Storbritannien mot övriga Europa där det i regel finns färre specialiteter med fokus oral kirurgi, ortodonti och parodontologi. Danmark har bara två specialiteter: tand-, mun- och käkkirurgi samt ortodonti. Det dröjer sen ända till 2017 innan Socialstyrelsen fattar beslut om en nionde specialitet i svensk tandvård: orofacial medicin (OFM), även kallat medicinsk tandvård eller sjukhustandvård.

1980- och 90-talet präglas av en mindre gynnsam arbetsmarknad för tandläkare som i stora mängder lämnar Sverige för andra länder, inte minst Storbritannien. Här grundläggs det stora generationsglapp som nu innebär att tandläkarkårens pensionsavgångar till stor del måste täckas upp av 30-40-åringar.

1997, två år innan den nya tandvårdsreformen träder i kraft den 1 januari 1999, faller den tandtekniska delen ur tandvårdsförsäkringen vilket leder till fri prissättning. Det kvarstår inte heller något auktorisationskrav på företagen. Följden blir kraftiga prisdumpningar på produkterna. I samband med reformen 1999 upphör även den tidigare prisregleringen på tandvård och prissättningen blir fri även för tandläkare.

Tandvårdsreformerna 1999 och 2008.

Den första januari 1999 införs ett reformerat tandvårdsstöd, som omfattar alla från 20 års ålder, där avsikten är att ge ett ekonomiskt stöd till den så kallade bastandvården och till patienter med speciella behov. Reformen innebär att ansvaret för tandvårdsbehandlingar av medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning samt oralkirurgiska behandlingar överförs från staten till landstingen. Stödet för protetiska åtgärder (kronor, broar, implantat m.m.) är dock mycket begränsat och det fanns tidigare, men ingick då i sjukvårdens ersättningssystem. Ett särskilt högkostnads-skydd för protetiska behandlingar för personer över 65 år införs sen 2002.

Landstingen ska nu också ansvara för uppsökande verksamhet bland vårdtagare i kommunernas äldreomsorg. Med kommunal omsorg och ett stort omvårdnadsbehov har du rätt att få ett kostnadsfritt besök om året av tandhygienist eller tandläkare i sin bostad för bedömning av behovet av daglig hjälp, stöd och hjälpmedel. För de äldre introduceras också ett erbjudande om nödvändig tandvård till samma kostnad som i öppna hälso- och sjukvården och det gäller även tandvård som led i en sjukdomsbehandling. Totalt beräknas 205 000 personer omfattas av tandvårdsreformen.

Syftet med reformen är att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov. Utformningen av tandvårdsstödet leder dock till höga kostnader för de

som har behov av omfattande protetiska åtgärder. Det gäller inte minst äldre personer. Som en följd av detta går den tandtekniska branschen in i en djup depression och på kort tid halveras tandteknikerkåren. Samtidigt ökar tandhygienisternas verksamhetsfält som en del i fokus på förebyggande tandvård.

Dagens generella tandvårdsstöd riktat till vuxna patienter införs 1 juli 2008. Här låg fokus på att dels bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov och dels att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Det första målet skulle nås genom ekonomiskt stöd till förebyggande besök och resulterade i införandet av ATB (det allmänna tandvårdsbidraget), se nedan. Det andra målet skulle uppnås genom införandet av ett högkostnadsskydd. Dessa mål ansågs då och även i den senaste tandvårdsutredningen *När behovet får styra* (SOU 2021:8) ändamålsenliga och väl avvägda då de gav incitament för förebyggande och regelbundenhet och underlättade för individer med större vårdbehov. Däremot ifrågasätter SOU 2021:8 de subventionsmodeller som infördes i syfte att nå målen, det vill säga ATB och ett högkostnadsskydd.

1 januari 2013 införs två kompletterande tandvårdsstöd för patienter med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Privat tandvård

Under 1990-talet kommer de första privata kedjebildningarna. Den tidigare fasta statligt bestämda tandvårdstaxan är nu ersatt av fri prissättning och begränsningarna i privattandläkarnas anslutning till försäkringen tas bort. De statliga stöden som växer fram under 2000-talet baseras på en kalkylerad referensprislista, men det är fri prissättning för privattandläkarna och även för FTV i de olika landstingen, och stödet är utformat så att patienten är medbetalande även vid höga kostnader.

Teknisk utveckling och miljömedvetenhet

Under 2000-talet införs digitala hjälpmedel hos både tandläkare och tandtekniker. Scanner, kamera, digital röntgen och digitala journaler blir vanliga inslag på klinikerna. Stora kvalitetsförbättringar leder till bättre passform och färre omgörningar, förkortade behandlingstider och ofta lägre behandlingsskostnader.

Forskning och ökad miljömedvetenhet leder 2009 till ett förbud mot tandamalgam. Under tidigt 2000-tal blir tandblekning en ny produkt hos tandläkaren. Swedish Academy of Cosmetic Dentistry (SACD) grundas 2002 och blir Sveriges ledande organisation för vidareutbildning i estetisk och kosmetisk tandvård. Det börjar argumenteras för en estetisk tandvård och att fula tänder kan leda till psykisk ohälsa och stigmatisering. Möjligheter till en perfekt tandrad ökar och det gör även kraven på tandvården. Återstår frågan om hur alla nya möjliga åtgärder ska betalas och av vem.

En möjlighet för landstinget att ta betalt för sådan tandvård som patienten begär men som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och

utseendemässigt godtagbart resultat införs år 1999. Det ansågs redan då att ekonomiska prioriteringar kan behövas inom landstingen.

Tandvårdens styrning och systemprinciper

Tandvården styrs politiskt från två nivåer. Den nationella sätter yttre gränser genom lagar och förordningar medan de lokalt valda regionpolitikerna är ansvariga för att det finns tandvård och sjukvård tillgängliga för befolkningens behov. Detta medför en skyldighet att planera för all tandvård, även den privata, för regionområdet. De som definieras som barn och ungdomar har avgiftsfri tandvård och den vården omfattar även odontologiskt motiverad STV. Åldersgränsen för avgiftsfri tandvård för unga vuxna höjdes år 2017 från 19 till 21 år, år 2018 till 22 år och år 2019 till och med det år personen fyller 23 år. Anledningen till utökningen av den avgiftsfria tandvården för unga var enligt regeringen att unga vuxnas levnadsvillkor över tid har förändrats. Studietiden är längre och det är svårare att etablera sig på arbetsmarknaden, vilket leder till att många först vid en högre ålder uppnår en ordnad och fast ekonomi. Genom höjd åldersgräns säkerställs att unga vuxna fortsätter gå förebyggande till tandvården vilket minskar risken för framtida tandvårdsproblem. På senare år har dock diskussionen om rimligheten i denna prioritering höjts då det finns andra åldersgrupper än 20-23 år som kan behöva mer stöd.

Vården kan utföras av såväl privattandläkare som FTV. Tandvårdslagen definierar FTV som den tandvård som sker i regionens egen regi, men regionen kan organisera sin FTV på olika sätt, och flera regioner omvandlar under 2000- och 2010-talet sina FTV-organisationer till aktiebolag, se Region Stockholm 2000, Region Gävleborg 2007, Region Västmanland 2009, Region Sörmland 2011 och Region Skåne 2014.

Det finns en grundläggande politisk princip i detta tandvårdssystem, en princip som också har visat sig bli en av FTV:s största utmaningar. Både privattandvård och FTV är utförare av regionens tandvård men det är endast FTV som har ett övergripande samhällsansvar, det vill säga privata aktörer har rätt att neka att ta emot en patient med akut och nödvändig tandvård medan detta inte är möjligt för FTV. Detta är en central aspekt av de systemförändringar som har lett till tandvårdsmarknadens olika ekonomiska förutsättningar och incitament och som ligger till grund för den delning av svensk tandvård som konstateras i SOU 2021:8, dels vilka patienter som finns var i systemet och dels vart tandläkare rör sig inom såväl ATV som STV.

Enligt tandvårdslagen ansvarar STV för personer från och med det år de fyller 24 år. STV tar även vid behov hand om barn och unga vuxna till och med det år de fyller 23 år. Regionerna kan sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra viss STV. STV utförs inom såväl stödet för tandvård till barn och unga vuxna som det statliga tandvårdsstödet och regionerna särskilda tandvårdsstöd. Allmäntandläkaren behandlar i stort sett samma tillstånd som specialisttandläkaren med skillnaden att patienter som remitteras till en specialist vanligen har stora eller komplicerade tandvårdsbehov.

2. Tandvårdssystemet och ekonomiska förutsättningar

En närmare blick på tandvårdssystemet ur ett ekonomiskt perspektiv ger oss följande delar: tandvård till barn och unga vuxna, det statliga tandvårdsstödet, regionernas särskilda tandvårdsstöd, specialisttandvård och de odontologiska fakulteternas forskning och utbildning, samt tandvård finansierad av kommunalt ekonomiskt bistånd. Noterbart är att samtliga ovan nämnda delar av systemet påverkar STV.

Tandvård till barn och unga

I Sverige säkerställer regionerna att barn och unga vuxna till och med det år de fyller 23 år får avgiftsfri tandvård. Det finns enligt tandvårdslagen ingen rätt för barn och unga vuxna att fritt välja utövare av vårdgivare men samtliga regioner har ändå infört valfrihet inom ATV. När det gäller STV beslutar regionen om den ska ske i egen regi, eller om avtal ska slutas med privata vårdgivare som ska kunna erbjuda vården samt om patienten har friheten att välja vårdgivare. I Region Örebro län företräds regionen av Regionstyrelsen vars beslut administreras och hanteras av Tandvårdsenheten. Relationen med och kraven på FTV, inklusive STV, är formaliserad i en Överenskommelse mellan Regionstyrelsen och Folk tandvårdsnämnden, se mer i del 3 kap 5.2.

Den tandvård som patienten efterfrågar, men som inte bedöms nödvändig för att uppnå ett ur odontologisk synpunkt funktionellt och estetiskt godtagbart resultat, får patienten bekosta själv oavsett om det är i FTV eller privat tandvård. Varje region reglerar vilken tandvård som ska ingå i det avgiftsfria åtagandet, vilket medför att den ersättning som ges och de villkor som uppställs varierar över landet. Flertalet regioner beslutar såväl modell som nivå på barnpeng i Regionstyrelse eller i den nämnd som utses som ansvarig. Denna sorts gränsdragningar är under ständig diskussion beroende av förskjutningar i allmänhetens syn på vad som är utseendemässigt godtagbart; vad regionen kan anses vara skyldig att utföra; samt vad som är ekonomiskt rimligt och möjligt för stat och region.

Det statliga tandvårdsstödet

Det finns två olika tandvårdsstöd för vuxna, Det ena är det generella statliga tandvårdsstödet där ersättning administreras av Försäkringskassan. Det består av tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader för undersökning och diagnostik, sjukdomsförebyggande åtgärder, sjukdomsbehandling inklusive viss kirurgi, reparation, protetik vid förlorade eller skadade tänder samt tandreglering vid större behandlingsbehov.³

³ Det statliga tandvårdsstödet regleras i lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag.

I lagen om statligt tandvårdsstöd regleras för vilken tandvård Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd. Det gäller tandvård som enligt 1 kap. 3 § ”syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett utseendemässigt godtagbart resultat”.⁴ Det här är alltså definitionen av den tandhälsa som lagstiftaren anser motiverar statligt stöd.

Tandvård generellt definieras i tandvårdslagen som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Sen finns det en gränsdragning mot hälso- och sjukvården (HS) som inte är helt självklar, exempelvis räknas spolning av käkled som utförs extraoralt och maligna tumörer inte till tandvård.⁵ Det utbud av åtgärder och behandlingar som dagens tandvård erbjuder omfattar även sånt som inte avgränsas till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vissa av dessa berättigar till ersättning i det statliga tandvårdsstödet, till exempel mer omfattande tandreglering eller slutande av en synlig tandlucka. Tandvård kan också vara behandlingar som inte berättigar till ersättning, exempelvis tandblekning eller andra typer av estetiska behandlingar.

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes i juli 2008 med målsättningen att dels bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov genom ett allmänt tandvårdsbidrag, dels möjliggöra för individer med stora tandvårdskostnader att få tandvård till en rimlig kostnad genom ett skydd mot höga kostnader, oavsett den vuxne patientens ålder. Det statliga tandvårdsstödet konstruktion kan jämföras med tidigare tandvårdstaxor som fokuserade på val av olika behandlingsåtgärder i en åtgärdslista. I nuvarande tandvårdssystem väljer behandlaren först ett tillstånd som överensstämmer med den diagnos som fastställts för patienten. Tillstånden i tandvårdsstödet är vanligen en gruppering av olika diagnoser, men av ersättningstekniska skäl kan även en diagnos delas upp på olika tillstånd. När korrekt tillstånd valts finns ett antal ersättningsberättigade tandvårdsåtgärder kopplade till det specifika tillståndet för att behandla patienten. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har till uppgift att närmare reglera vilken tandvård som är ersättningsberättigande. Tandvårdsstödet har sedan år 2008 successivt utvecklats med fler tillstånd och åtgärder.⁶

ATB, STB och högkostnadsskydd

Tandvårdsstöd lämnas i form av allmänt tandvårdsbidrag (ATB), särskilt tandvårdsbidrag (STB) och tandvårdsersättning enligt skyddet mot höga kostnader. Högkostnadsskyddet är ettårigt och beräknas efter fastställda karensnivåer och referenspriser per tandvårdsåtgärd. Statligt tandvårdsstöd ges inte för sådan tandvård som omfattas av regionernas särskilda tandvårdsstöd, se nedan. Högkostnadsskydd

⁴ Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

⁵ Prop. 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m.

⁶ SOU 2021:8.

enligt det statliga tandvårdsstödet lämnas inte heller för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård, se nedan.

ATB lämnas i juli månad varje år som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan och storleken beror på patientens ålder. Patienter som fyller lägst 24 år och högst 29, eller lägst 65, får 600 kronor. Övriga åldersgrupper får 300 kronor. Inom det statliga tandvårdsstödet betalar patienten hela behandlingstkostnaden, med avdrag för ATB, upp till 3 000 kronor, varefter högkostnadsskyddet tar del av referenspriset. Är vårdgivarens kostnad för behandlingen högre än referenspriset betalar patienten överskjutande del. Till skillnad från patientavgifter är patientkostnaden hela eller del av den totala kostnaden för att utföra viss behandling.

STB är ett kompletterande bidrag där revisionstandvård ingår men framför allt handlar det om att uppmuntra till förebyggande tandvård för personer som på grund av viss sjukdom eller funktionsnedsättning riskerar att få försämrad tandhälsa och stora tandvårdsbehov. STB uppgår till 600 kronor per halvår och bidraget går att dela upp vid flera besök men kan inte sparas till nästa halvårsperiod. STB ges under vissa förutsättningar som muntorrhet på grund av strålbehandling, Crohns sjukdom, tarmsvikt, dialysbehandling etc.

Regionernas särskilda tandvårdsstöd

Regionerna ansvarar för tandvård till barn och unga men ska också erbjuda och ersätta viss tandvård till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Detta är det andra tandvårdsstödet för vuxna och det är i sin tur indelat i olika patientgrupper.

Regionernas särskilda tandvårdsstöd regleras i tandvårdslagen, tandvårdsförordningen (1998:1338) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Därtill kompletteras lagstiftningen med respektive regions anvisningar kring tandvårdsstödet. Det finns inget enhetligt fastslaget samlingsbegrepp för de olika stödformer som ingår i det regionala särskilda tandvårdsstödet, därav flera namn: regionernas särskilda tandvårdsstöd, selektivt tandvårdsstöd och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Stödet är indelat i olika patientgrupper och omfattar endast personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser, där förutsättningar för en god tandhälsa är försämrade till följd av viss långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt patienter som behöver en särskild tandvårdsinsats som ett led i en medicinsk sjukdomsbehandling. Det kan även vara patienter i behov av vissa oralkirurgiska åtgärder, behandling av extremt tandvårdsrädda personer samt visst utbyte av tandfyllningar. Särskilt stöd kan även ges till personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. De kan få fri munhälsobedömning genom uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård inom särskilt stöd.

Nödvändig tandvård

Ett återkommande begrepp är nödvändig tandvård, N-tandvård enligt regionernas terminologi. Den grupp av personer som inryms här är densamma som för den uppsökande verksamheten och de har rätt till N-tandvård oavsett om de tackat ja eller nej till erbjudande om munhälsobedömning. Behovet av N-tandvård ska bedömas med utgångspunkt i den enskildes allmäntillstånd och handlar om tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Den mest kostnadseffektiva behandlingen har företräde vid val mellan flera behandlingar som bedöms ge ett godtagbart resultat. Om allmäntillståndet hos personen inte medger någon mer omfattande behandling ska den i stället inriktas mot att motverka smärta och obehag genom att hålla personen fri från sjukliga förändringar i munnen. I N-tandvård ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom premolarerna, främre kindtänderna. Vad som i övrigt omfattas av N-tandvård är inte författningsreglerat och bestäms närmare av respektive region. N-tandvård ges till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. För de regionala särskilda tandvårdsstöden gäller att patienten fritt kan välja vilken vårdgivare som ska utföra behandlingen, så länge vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Undantagna från det fria valet är uppsökande verksamhet och oralkirurgiska åtgärder.

Sammanfattningsvis innebär detta att regionerna ansvarar för:

- tandvård till barn och ungdomar
- nödvändig tandvård
- uppsökande verksamhet
- tandvård som ett led i sjukdomsbehandling
- tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
- oralkirurgiska åtgärder
- utbyte av tandfyllningar
- tandvård för extremt tandvårdsrädda personer
- tandvård till asylsökande
- tandvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Krav på tandvården

Av tandvårdslagen (1985:125) framgår att regionerna har en skyldighet att erbjuda en god tandvård åt de som är bosatta eller vistas inom regionen. Tandvård som regionen självt bedriver benämns FTV men en region får också sluta avtal med någon annan att utföra de uppgifter som regionen och FTV ansvarar för. Regionen ska planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov och ska även se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Ingen får heller nekas vård. Regionen har via FTV, dock inte via privat tandvård, ett sistahandsansvar för

att, grundat på prioritering efter vårdbehov, möta alla former av vårdbehov. För vuxna revisionspatienter krävs dock att tidigare fakturor på utförd vård är betalda för att erhålla fortsatt vård. Det gäller dock inte akutvård.

Att tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård innebär bland annat att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och möjliga behandlingsmetoder. I patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, men hur arbetsuppgifterna utförs är personalens eget ansvar.

Kommunalt ekonomiskt bistånd

En person som saknar betalningsförmåga kan under vissa förutsättningar få kommunalt ekonomiskt bistånd. Vuxna asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd kan få stöd för tandvård som inte kan anstå, i enlighet med regionens sistahandsansvar. FTV måste alltid ta emot patienter akut och om det bedöms nödvändigt oavsett om ett kommunalt ekonomiskt bistånd är säkrat.

Gränsdragningar för ersättningar

Tandvårdslagen skrevs med dåvarande hälso- och sjukvårdslag (HSL) som förebild och flera grundläggande likheter finns men efter en utredning valdes att göra tandvårdslagen till en separat lagstiftning snarare än del av HSL. Gränsen mellan begreppen hälso- och sjukvård och tandvård är betydelsefull eftersom det finns olika ersättningssystem med skiftande grad av egenfinansiering för den som är i behov av behandling. Det finns tillfällen och enskilda fall när gränsen är svårdragen samtidigt som gränsen kan vara av avgörande betydelse för patienten och dennes kostnader.

En gränsdragning som har blivit aktuell de senaste tjugo åren är den mellan vad som är tandvård och vad som är en estetisk behandling. Detta anses vara en professionell odontologisk bedömning med stöd av gällande författningar, En legitimerad behandlare i tandvården arbetar utifrån sin legitimation enligt patientsäkerhetslagen.

Referenspriser

En tandvårdsbehandling för ett visst tillstånd kan omfatta en eller flera tandvårdsåtgärder. För varje åtgärd finns fastställda referenspriser; ett för ATV och ett högre för tandvård som utförs efter remiss till specialist. Referenspriset ska vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt kan kosta. Det baseras på beräkningar av tidsåtgång för att utföra åtgärden, personalkostnader, åtgång av ett material med rimlig standard, en mottagnings direkta och indirekta kostnader inklusive avskrivningar och en viss utvecklings- och investeringsmarginal. Referenspriserna indexeras, alternativt beräknas om från grunden, varje år och publiceras i ett omtryck av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd den 15 januari. Referens-

priserna har två syften, dels att vara en beräkningsgrund för patientens tandvårdsersättning, dels att vara ett jämförelsepris till vägledning för patienten.

Vårdgivaren är fri att sätta sina egna priser. Priset ska dock vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Patientens faktiska tandvårdskostnader kan då bli högre i det fall vårdgivarens pris överstiger referenspriset för en tandvårdsåtgärd. Till skillnad mot privata aktörers åtgärdspriser beslutas FTV:s, så kallade prislista, av Regionfullmäktige.

Regional frisk tandvård eller abonnemangst tandvård

Abonnemangst tandvård, som FTV erbjuder och som ibland kallas frisk tandvård, och statens skydd mot höga kostnader är att betrakta som två separata delar av det svenska tandvårdssystemet eftersom ersättning som skydd mot höga kostnader inte kan lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangst tandvård. Innan avtalet tecknas görs en undersökning av patienten och om det då visar sig att patienten behöver någon form av behandling genomförs denna innan avtalet träder i kraft. För detta betalar patienten vårdgivarens pris för behandlingen med stöd av det statliga tandvårdsstödet skydd mot höga kostnader. Är det mer omfattande behandlingar som krävs kan det därför bli kostsamt för patienten att påbörja ett abonnemangsavtal. När patienten är färdigbehandlad görs en riskbedömning som inordnar patienten i en avgiftsklass. Ju högre risk för att utveckla sjukdomar eller skador i munnen, desto högre riskklass. Priserna på avgiftsklasserna bestäms av respektive region. Efter avtalsperioden på tre år görs en ny riskbedömning för att kontrollera att patienten fortfarande befinner sig i rätt riskgrupp och avgiftsklass.

Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift

En viktig fråga är huruvida en åtgärd ska debiteras till hälso- och sjukvårdsavgift eller inte. I tandvårdsförordningen (1998:1338) regleras vilken tandvård som ska omfattas av hälso- och sjukvårdsavgift och denna vård är:

- Oralkirurgiska åtgärder (2 §)
- Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling (3 §), inklusive ej ringa missbildning i käkområdet eller ansiktet; defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet; tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall; patienter som ska genomgå kirurgiskt ingrepp eller medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav; patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen; patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné, etc.
- Tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (3 a §)
- Tandvård för extremt tandvårdsrädda personer (4 och 5 §)
- Utbyte av tandfyllningar (6 och 7 §)
- Uppsökande verksamhet (8 §) som är helt avgiftsfri för patienten.
- Nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade (9 §)

Specialisttandvården som del i tandvårdssystemet

FTV ansvarar enligt lag för STV för personer från och med det år de fyller 24 år. Då FTV även ansvarar för den fullständiga tandvården för personer till och med det år då de fyller 23 år så omhändertar STV även vid behov barn och unga vuxna.

STV utförs som nämnts ovan inom samtliga nämnda statliga och regionala stöd. Inom det statliga tandvårdsstödet finns särskilda referenspriser för tandvård som utförs efter remiss av behandlare till tandläkare med specialistkompetens om behandlingen sker inom dennes område. Allmäntandläkaren behandlar i stort sett samma tillstånd men vid de stora och komplicerade behoven remitteras patienten till specialisttandläkaren.

STV tillämpar ofta ett högre pris med hänvisning till högre kostnader för vissa produktionsfaktorer och kompetens. Utförs behandling av specialist på patient som inte är remitterad dit används i stället referenspriser för ATV för att beräkna patientens högkostnadsskydd.

STV till barn och unga vuxna utförs vanligen med anslagsfinansiering, men viss specialistbehandling, oftast inom ortodonti och pedodonti, hanteras i flera regioner med styckeprisersättning per patient via LOV (Lagen om valfrihetssystem). Tandvård enligt de särskilda tandvårdsstöden i regional regi utförs till styckesersättning per åtgärd enligt FTV:s prislista, men även till anslagsfinansiering för viss oralkirurgi.

En ST-tandläkare debiterar alltid till ATV:s taxa. Det är först som legitimerad specialisttandläkare som debiteringar kan ske enligt de specialistspecifika åtgärderna för specialisttaxa.

Patientavgiften för oralkirurgi sattes redan på 1970-talet såsom för övrig hälso- och sjukvård. Motivet för att ha särskilda bestämmelser för vissa oralkirurgiska åtgärder var att de ofta utfördes vid specialistkliniker vid sjukhusen där verksamheten var integrerad. Ett exempel är käkskadebehandlingar där vårdkostnaderna skulle bli betydande om vården utfördes vid tandvårdsspecialistklinik inom sjukhuset, jämfört med om motsvarande behandling utfördes inom sjukhuset i övrigt. Sen dess har det varit en återkommande diskussion vilka oralkirurgiska insatser som kräver sjukhusresurser och som därmed bör omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler.

Tandvård som kan hanteras av ordinarie tandvård, såsom behandling med implantat, behandling av tandlossningssjukdom, operativt avlägsnande av tand samt rotspetsoperation, inryms sedan 1999 inte längre inom det regionala särskilda tandvårdsstödet. Det är idag främst kirurgiska ingrepp som bedöms ingå och som bedrivs inom HS ersättningssystem vilket då innebär att regionerna svarar för och bekostar dem. För detta utgår inget särskilt statsbidrag. Tandvården ges till HSL:s bestämmelser om avgifter som avser öppen HS. Detta innebär att den vuxna personen endast betalar avgift upp till HS:s högkostnadsskydd. Övriga kostnader bär regionen som beslutar om patientavgiften för varje besök och som därför kan skilja sig åt över landet.

3. Odontologiska kunskapsnoder och ST-utbildning

Sveriges regioner har sedan början av 1990-talet ansvarat för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) inklusive dess finansiering. I detta ansvar ingår den offentligt drivna vårdens, universitetens och privattandvårdens behov av ST-utbildning för tandläkare. 1995 skapades ett nationellt landstingsfinansierat system där ST-utbildning för tandläkare finansierades gemensamt av landstingen.

Efter en översyn av de nationellt finansierade ST-platserna reviderades systemet 2004. Det beslutades att sex landsting/regioner, med lång erfarenhet av ST-utbildning, skulle utbilda specialisttandläkare via de nationellt finansierade utbildningsplatserna: Umeå, Stockholm, Örebro, Jönköping, Göteborg och Malmö⁷. Dessa orter kom att bli dagens så kallade kunskapsnoder, ett begrepp som inte definierades i detalj.

I syfte att skapa en nationell finansieringsmodell för ST-utbildningen med tillhörande nationella utbildningsplatser och för att sätta regelverket för samordningen av utbildningarna skapades nuvarande SKR Nationella samordningsgrupp för tandläkarnas specialittjänstgöring (NSATS) som skulle stå för det nationella perspektivet medan sex regionala samordningsgrupper för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (RSATS) stod för de regionala perspektiven.

Resultatet blev så kallade NSATS-platser, där regionerna bidrar finansiellt i relation till sin befolkningsstorlek. Antalet utbildningsplatser fastställdes vid beslutet, likaså ersättningen för varje utbildningsplats. Inom varje ST-region planerar RSATS fördelningen av NSATS-platser mellan specialiteterna och antagningen sker med nationell annonsering. Antagning till uppdragsplatser rekommenderas ske efter samma riktlinjer som för NSATS-platser och det framräknade årligen reviderade beloppet för NSATS-platser skulle också utgöra ersättning för uppdragsutbildningar.

NSATS tar vart tredje år fram en rapport för att ge underlag för regionernas planering av den STV som de ska ansvara för enligt tandvårdslagen.⁸ Om väsentliga förändringar sker gällande det grundläggande nationella behovet av specialisttandläkare föreslås regiondirektörerna justera antalet NSATS-platser. Med utgångspunkt från samtliga sex RSATS redovisade bedömningar rekommenderar sen NSATS respektive RSATS att inrikta NSATS-platserna mot de specialiteter där behovet bedöms som störst.

En ST-plats kan finansieras nationellt, via uppdrag (egenfinansierad) eller som fakultetsplats (ingår i NSATS-platserna). Uppdragsplatserna omfattas inte av NSATS

⁷ 1. Umeå: Specialisttandvården i Västerbotten i samarbete med Umeå universitet, Odontologiska Institutionen; 2. Stockholm: STV FTV Eastmaninstitutet, Karolinska Institutet, Institutionen för Odontologi, och Karolinska sjukhuset; 3. Örebro: STV FTV Region Örebro län och Universitetssjukhuset Örebro; 4. Jönköping: STV FTV Region Jönköping, Odontologiska Institutionen; 5. Göteborg: STV FTV Västra Götalandsregionen i samarbete med Göteborgs universitet, Institutionen för Odontologi; 6. Malmö: Malmö universitet, Odontologiska fakulteten i samarbete med FTV i regionerna Blekinge, Halland, Kalmar, Kronoberg och Skåne, Skånes universitetssjukhus, och sjukvården i Halland.

⁸ Planeringsunderlag avseende specialisttandvårdens utveckling 2019-2027, NSATS, SKR, 2019-11-25.

uppdrag men NSATS ska i sin planering ta hänsyn även till dessa platser. Varje ST-region ska för NSATS-platserna ha en studierektor vars uppdrag, vad avser den nationella samordningen, regleras av NSATS. För att de odontologiska fakulteterna skulle kunna säkra sin kompetensförsörjning med disputerade specialister var åtta (nio från och med 2017) av NSATS-platserna fakultetsplatser.

En ny struktur för ST-utbildningar

2018-2021 genomfördes en internutredning initierad av NSATS. Resultatet presenterades för samtliga regiondirektörer och för NSATS hösten 2020 - våren 2021 och har nu godkänts av regionerna. Här fastslogs att de sex kunskapsnoderna har haft en viktig funktion som säkerställt genomförande av ST-utbildningar inom samtliga nio ämnesområden såväl nationellt som regionalt. Samtidigt fanns det kritiska synpunkter som ledde till att systemet nu revideras.

Det är viktigt att specialisttandläkare utbildas för hela landet. Det kunde dock konstateras att många av de som utbildas i de befintliga kunskapsnoderna blir kvar i de större regionerna, och att små regioner har brist på specialisttandläkare trots en gemensam finansiering i systemet. Mindre regioner har då upplevt finansierings-systemet som osolidariskt då de betalat men fått dålig utdelning av specialister. Revideringen syftar till att uppdatera systemet till dagens kontext så att regionerna får en större utväxling av sin finansiering i systemet. Det är nu också i linje med den nya föreskriften avseende ST i HSLF-FS 2017:77 som bland annat slår fast att huvudansvarig handledare ska vara verksam vid kliniken där utbildningarna genomförs. Förändringen innebär att nationellt finansierade platser fördelas till alla 21 regioner där antalet platser baseras på befolkningsunderlaget. Detta innebär inte självklart att alla regioner har möjlighet att genomföra utbildningen (framför allt inte den teoretiska delen) utan de kommer i flera fall behöva samarbeta med kunskapsnoderna. Den region som är i behov av teoretisk och/eller klinisk utbildning förutsätts samarbeta med kunskapsnoden inom sitt eget NSATS-område, om utbildningen finns där. Detta gäller både de nationellt finansierade platserna och uppdragsutbildningarna.

En definition på kunskapsnod är att denna ska kunna utbilda inom samtliga nio specialiteter. Noden ska ha handledarkompetens såväl kliniskt som teoretiskt samt ha ett patientunderlag som svarar mot specialitetens målbeskrivningar. Baserat på denna definition föreslås därför följande kunskapsnoder:

1. Umeå: STV FTV Västerbotten i samarbete med Umeå universitet, Odontologiska Institutionen.
2. Stockholm: STV FTV Eastmaninstitutet, Karolinska Institutet, Institutionen för Odontologi och Karolinska sjukhuset.
3. Örebro/Uppsala: STV FTV Örebro, Universitetssjukhuset Örebro, STV FTV Uppsala och Akademiska sjukhuset Uppsala.

4. Jönköping/Linköping: STV FTV Jönköping, Odontologiska Institutionen, STV Östergötland och universitetssjukhuset Linköping.
5. Göteborg: STV FTV Västra Götaland i samarbete med Göteborgs universitet, Institutionen för Odontologi.
6. Lund/Malmö: STV FTV Skåne, Malmö universitet, Odontologiska fakulteten och Skånes universitetssjukhus.

Kunskapsnoderna Umeå, Stockholm och Göteborg är oförändrade medan Örebro nu bildar en nod med Uppsala; Jönköping med Linköping; och Malmö med Lund. I dessa kunskapsnoder måste nya samarbetsformer säkras. De justeringar som ska göra systemet mer solidariskt och anpassat till dagens situation är följande:

- Varje region inrättar NSATS-platser motsvarande egen finansiering i systemet, med nationellt sökbara tjänster med placeringsort i den egna regionen.
- De nuvarande gränsdragningarna för regional samverkan runt ST-utbildningen justeras för att samarbetet i största möjliga mån ska följa hälso- och sjukvårdens samverkansregioner. Region Örebro län blir en del i Sjukvårdsregion Mellansverige med sex övriga regioner Region Uppsala, Region Sörmland, Region Västmanland, Region Gävleborg, Region Dalarna och Region Värmland, i detta sammanhang kallat RSATS-område.
- Tolv nationella ST-platser i orofacial medicin som finansierats gemensamt via interimistiskt ställningstagande av regiondirektörerna permanentas.
- NSATS föreslås ansvara för att genomförandeplan, övergångsregler och övriga rutiner och stöd för verkställande av de föreslagna förändringarna tas fram.
- Det reviderade systemet föreslås träda i kraft senast den 1 januari 2023.

Idag finns det totalt cirka 230 ST-platser nationellt varav dock endast 82 är så kallade NSATS-platser. Sammanfattningsvis finns det tre olika typer av ST-utbildningsplatser:

1. Uppdragsutbildningar som regionen finansierar men som är sökbara nationellt även kallat NSATS-platser.
2. Egna uppdragsutbildningar som regionen finansierar och som riktar sig internt och ska svara mot egna behov av kompetensförsörjning för specialister inom den egna organisationen. Dessa är endast sökbara för tandläkare folkbokförda i ansvarig region.
3. Externa uppdragsutbildningar med uppdragsgivare utanför regionen, ibland även internationellt, och som också finansieras av dessa externa vårdgivare.

I del 3 tittar vi närmare på vad detta innebär konkret för Region Örebro län.

4. Tandvårdsutredningen SOU 2021:8

Tandvårdsutredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) konstaterar att det är viktigt att regionerna även framöver tar ett särskilt ansvar för STV och att de tidigare framförda skälen för detta fortfarande är relevanta. De personella resurserna över landet vad gäller specialisttandläkare är på sina håll begränsat och samverkan mellan regioner kring viss specialiserad vård är väsentligt för att denna ska finnas tillgänglig över hela landet. Vad gäller STV är det relativt vanligt att regionen knyter till sig privata vårdgivare som utför specialisttandvård vid behov.⁹

Tandvårdsutredningen 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, samt
- förmåga att nå grupper som av socioekonomiska, kulturella eller andra skäl avstår tandvård.

När pressen höjs blir det en prioritering av dessa punkter utifrån vad tandvårdslagen och Överenskommelsen slår fast och där blir det akut och nödvändig tandvård samt barn- och ungdom som går före samtliga punkter ovan.

Utredningen bedömer att en jämnare fördelning mellan offentliga och privata utförare när det gäller tandvårdsmarknadens olika delar är önskvärt. Detta kan bidra till ökad resurseffektivitet och till en mer varierad patientsammansättning för, framför allt, FTV men även för privattandvården som ofta vänder sig till FTV för rådgivning i besvärliga fall.

En av utredningens slutsatser är att tandvårdslagen bör ändras så att de särskilda kraven ställs på regionen som huvudman, snarare än på en av aktörerna det vill säga FTV. Detta skulle förändra incitamenten för berörda aktörer och göra tandvårdsmarknaden mer jämlik, dynamisk och resurseffektiv.

⁹ SOU 2021:8 När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa.