



2021-08-30

Handläggare: Håkan Jarmar

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

[anna.hedin@regeringskansliet.se](mailto:anna.hedin@regeringskansliet.se)

Regeringen  
Socialdepartementet  
Stockholm

## Yttrande över När behovet får styra - ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa, SOU 2021:8.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har beretts möjlighet att yttra sig över ovan nämnda betänkande. Vi får med anledning därav anföra följande.

### Grunden för RSMH:s engagemang i tandvårdsfrågor.

RSMH har under de senaste tio till femton åren yttrat sig över olika förslag berörande det tidigare och nu tillämpade tandvårdssystemet. Vi har överlag varit kritiska till hur systemet fungerar för bl a de grupper som vi företräder – människor med psykisk och social ohälsa som ofta lever under mycket dåliga ekonomiska förhållanden. Vi kan konstatera att de personer vi företräder knappast kunnat utnyttja möjligheten till tandvård via Försäkringskassan p g a att de normalt sett inte haft råd med den tandvården med det subventionssystem som tillämpas.

I den mån man ändå kunnat få viss tandvård i vissa regioner och kommuner så beror det oftast på de kompletterande delar av tandvårdssystemet som regioner och i någon utsträckning kommuner bedriver. Denna senare tandvård har dock inte på något sätt fungerat jämlikt i olika delar av landet – utan kan närmast beskrivas som ett lotteri. Många gånger har tandvårdsfrågorna i praktiken hamnat hos socialtjänsten.

Regelsystemet som styr tandvården är juridiskt upphängt på ett antal lagar och förordningar och ger uttryck för en extremt centraliserad detaljstyrning som ger systemet en rad egenskaper av mindre positiv art – och som vi kritiserat starkt redan när systemet ursprungligen infördes. Systemet baseras på att arbetsprocesser mm regleras relativt detaljerat i de berörda lagarna och förordningarna. Varje åtgärd registreras som en följd av detta t ex i centrala register - och de formella besluten fattas inte hos tandläkarna, mellan tandläkaren och patienten, utan



besluten fattas formellt av Försäkringskassan, även om numera de flesta beslutsrutinerna automatiserats.

Systemet ger uttryck för extrem central detaljstyrning - och är långt ifrån anpassat till de tankar på s k tillitsbaserad styrning som så ofta hävdas att man försöker tillämpa inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det är inte ett system som öppnar för kreativitet och nya lösningar.

Det är också så att systemet i princip utgör stommen till det marknadssystem man försökt skapa och som är tänkt att ge en effektiv resursfördelning inom tandvårdsområdet. Vad vi kan se utifrån redovisad statistik lider systemet av stora svagheter när det gäller att styra mot balans mellan utbud och efterfrågan. Om konkurrensen skulle ha varit effektiv skulle man inte se spridningen i prisbild som nu finns och som innebär att vissa leverantörer av tandvård skapar sig ”monopolvinster” på samhällets bekostnad. Dagens system är alltså inte kostnadseffektivt utan kostar troligen uppemot 20 procent för mycket för det man får ut i tandvård.

Det är den här bilden vi haft framför ögonen under de senaste cirka femton åren – ett generellt sett illa fungerande system – som inte alls fungerat för de grupper människor vi företräder – människor som ofta tillhör de allra fattigaste i samhället och som bäst av alla skulle behöva den tandvård som kan erbjudas. Vi har påpekat detta sedan systemet togs i drift och flera gånger under de här åren har vi krävt ändringar i och översyn av systemet, senast i vårt yttrande i februari 2016 över betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla, SOU 2015:76, där vi begärde att en ny förutsättningslös utredning skulle tillsättas.

## Den nu aktuella utredningen och beslutssituationen

Den nu aktuella utredningens betänkande är upplagt utifrån den planering utredningen gjorde med de ursprungliga direktiven 2018 som grund. Efter detta fick utredningen två tilläggsdirektiv – som enligt vår uppfattning borde ha ingått i de ursprungliga direktiven. Det gäller tilläggsdirektivet den 8 januari 2020, som gällde att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser, och tilläggsdirektivet 5 november 2020 att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mera likt hälso- och sjukvårdssystemets.

Man missade därmed i ett tidigt skede möjligheten att tänka litet mera fritt och mera långsiktigt framtidsinriktat när det gäller tänkbara utformningar av tandvårdssystemet i förhållande till hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Detta är en avgörande brist i det resultat som redovisas och en mycket avgörande brist när det gäller systemets funktion för de mest utsatta – de som behöver en systemförändring allra mest. De grupper människor vi företräder är de mest utsatta.

Det system som utredningen föreslår, efter att bl a ha diskuterat fyra modeller för högkostnadsskydd, blir snarlikt dagens system, om än något förbättrat i detaljer och enskildheter. Det blir inga principiella skillnader utan man lappar och lagar på det som f n gäller.



Utformningen blir inte, enligt vår uppfattning, något bra första steg mot ett system som på sikt skulle ha kunnat integreras i och samordnas med hälso- och sjukvårdssystemet. Detta kunde ha undvikits om tilläggsdirektivet från november hade inkluderats i de ursprungliga direktiven. Nu tvingades utredningen lägga fram en utvecklad modell som baseras på alla de ovan nämnda svagheterna i det nuvarande systemet utan att man får tillräckliga fördelar av systemförändringen. Så som vi uppfattar det – också konkretiserat i utredningens förslag till ändringar av lagtexter och förordningstexter – kommer man att få ett system som också ha nackdelen att det, om möjligt, är ännu mera detaljstyrande än vad som hittills tillämpats.

Enligt vår uppfattning är det inte värt mödan och den möjliga tidsutdräkten att först införa det nya systemet med de begränsade fördelar det kommer att få - och svårigheterna att under kanske ytterligare femton år arbeta på att närma sig en slutlig och bra lösning där man skapar ett enda hälso- och sjukvårdssystem för hela kroppen, där tänderna ingår.

Vi anser att man ska gå direkt på ett helt samordnat system för styrning av hälsovård, tandvård och sjukvård. Då kan ansvaret entydigt läggas på regionerna och styras på samma sätt som övrig verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet som regionerna bedriver. Det gör också att man kan släppa på kravet att blanda in Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, i styrningen och beslutsfattandet. Därmed kan inslaget av direkt- och detaljstyrning minskas om man så önskar. Vi är också övertygade om att ett sådant system kan genomföras utan höga merkostnader – om man gör en riktig och seriös kalkyl.

Statistik över det som produceras inom tandvården kan behållas samordnat för hela landet, om man vill det – och denna kanske kan bilda modell för en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens operationer och behandlingar.

Troligen kan man också minska några andra myndigheters roll, eller tänkta roll, i det framtida tandvårdssystemet om man går direkt på en mera slutgiltig lösning. Så tror vi att TLV:s roll kan tonas ned avsevärt – till ungefär samma roll som man har i förhållande till hälso- och sjukvårdens huvudsakliga verksamhet – d v s att reglera läkemedelsförmåner.

Att så fort som möjligt gå på en helt samordnad lösning för styrningen av tandvård och hälso- och sjukvård tror vi skulle uppskattas av flertalet människor i samhället. Vi ser dessa åsikter överallt i våra systerorganisationer inom funktionshindersrörelsen och vi ser vad människor i gemen runt om oss säger. Vi anser att nu, de närmaste åren, är rätt tid för det nytänkande som behövs. Istället för att utredningens förslag till förändring av berörda lagar och förordningar ska träda i kraft i mitten av januari 2026 så kan en komplett systemförändring införas vid samma tidpunkt om ett målmedvetet arbete genomförs.

## Synpunkter på utredningens analyser, överväganden och förslag

### Behov av tandvård

Vi har redovisat vårt resonemang i det föregående utan särskilt fokus på enskildheter i betänkandet och de analyser och problemformuleringar man gör där - och de överväganden



och förslag utredningen har. Avsikten är att vi velat visa att en bättre modell är fullt realistisk att genomföra de närmaste åren. Vi har dock självfallet även granskat betänkandet både som helhet och i sina detaljer och har några synpunkter om regeringen och riksdagen ändå väljer att lägga sig på den ganska låga ambitionsnivå som betänkandet speglar. Vi vill då bli framföra följande.

Utredningen gör enligt vår mening överlag mycket bra och träffsäkra analyser över situationen inom tandvårdssystemet. Ambitionerna att systemet ska bli bättre för bl a de grupper vi företräder syns också i överväganden och förslag som redovisas. Vissa resonemang är tyvärr svårtolkade - och vi har ibland haft svårt att se vad utredningen egentligen avser.

Ett exempel på detta är de komplicerade resonemangen som förs om vem som bestämmer behovet av tandvård för våra grupper, när systemet för särskilt tandvård läggs om till statligt. Är det försäkringskassan, är det tandläkaren, är det eventuella behandlande personer inom t ex psykiatri eller är det beslutsfattare från socialtjänsten? Och vad behövs för att visa eller bevisa behovet? Och hur ska man göra med de eventuella undersökningar som krävs för att visa på behovet?

Utredningens resonemang på denna punkt är enligt vår mening inte glasklara, och även om vi är preliminärt positiva till en systemändring, vet vi av erfarenhet hur man i dagens motsvarande system i de flesta instanserna gör allt för att slippa vara den som beslutar. Patienten bollas f n mellan olika instanser – och det framgår enligt vår mening inte hur man ska undvika det med den nya ansvarsfördelningen och de nya reglerna. Troligen kommer dagens svartepetterspel att fortsätta.

Här blir förslaget från utredningen att uppsökande verksamhet som omfattar att munhälso-bedömning utförs på patienter som har rätt till nödvändig tandvård ska upphöra (kap. 10.7 Uppsökande verksamhet upphör) i RSMH:s ögon direkt skadligt för de med stora behov och som inte har tillräcklig initiativförmåga för att själva uppsöka tandvården. RSMH vill med övertydlighet påtala att detta förslag absolut inte kan genomföras om man menar allvar i tanken att behovet ska styra tandvården och att vården ska ges med respekt för människors lika värde. Om detta är den breda funktionshinderrörelsen i Sverige fullkomligt enig.

Risken är också att en förändring som den utredningen föreslår blir ett administrativt merarbete utan några egentliga fördelar för patienten. Enligt vår mening är risken att människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, i likhet med tidigare, inte får praktisk möjlighet att utkräva sin rätt enligt lagstiftningen. Vi anser att det är relationen mellan patienten och tandläkaren måste vara det som är styrande för behandlingen – liksom motsvarande relation mellan patienten och läkaren i hälso- och sjukvården. Det finns i princip ingen anledning för andra instanser, t ex socialtjänsten, att lägga sig i vården. Man måste glömma att detta alltid ska vara en grupp som övervakas strängare än andra grupper och behandlingen omges med särskilda regler.

Detta är självklart saker som kan och måste klaras ut i ett genomförandeskede, antingen före eller efter statsmakternas formella beslut. Vi anser att det med lämpligt utformade direktiv och regler troligen är möjligt att få en tillämpning som kan ses som någorlunda jämlik mellan olika grupper, olika typer av funktionsnedsättning och skilda diagnoser och olika delar av



landet. Vi är dock tveksamma till att ge Försäkringskassan en alltför stor roll i ett sådant arbete.

## Mål för tandvården

Den egentligen viktigaste frågan inför framtiden är enligt vår mening hur man formulerar målsättningen långsiktigt för tandvården som en mera integrerad del av hälso- och sjukvården. Det förslag som utredningen lägger fram är starkt begränsat av nuvarande perspektiv och formulering i hälso- och sjukvårdslagen och saknar egentligen ett *jämlikt övergripande hälsoperspektiv*.

”Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen” är grundformuleringen i inledningen av målsättningsparagrafen, §2. Denna formulering är viktig och bör formuleras med omsorg och med full säkerhet om vad som avses (se nedan). Därefter har under inflytande av uppläggnings av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), kap 3, 1 §, tillagts en formulering som utredningen kallar för principer och som fokuserar på människors lika värde och värdighet samt behovsprincipen. Vi anser att detta inte bör kopplas ihop med målsättningen nu utan kan läggas i en av de följande paragraferna. Den frågan måste dock självfallet aktualiseras den dag HSL kan bli en ramlag som även inkluderar tandvården.

Vi skulle emellertid vilja lyfta frågan om formuleringen ”tandhälsa”, som vi anser inte är vad man i snäv bemärkelse bör syfta till - utan ”folkhälsa”. Formuleringen i HSL fokuserar på ”hälsa”, vilket mera tydligt kan tolkas som ”folkhälsa”. Folkhälsa mäts, och bör mätas, på ett helt annat sätt än vad ”tandhälsa” kan mätas. Så t ex uttrycks folkhälsan oftast i antal levnadsår och kvaliteten på dessa levnadsår. Det måste finnas en direkt koppling mellan folkhälsomål och hälso- och sjukvårdssystemets, i vid bemärkelse, inriktning.

De grupper vi företräder är bra exempel på hur felaktigt utformade målsättningar påverkar levnadsförutsättningarna. Vi vill ge följande exempel.

Människor med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa lever idag i genomsnitt ungefär 25 år kortare än populationen i Sverige som helhet. Där vanliga människor lever i genomsnitt mellan 80 och 85 år lever personer med psykisk ohälsa 55 till 60 år, d v s man lever ett trekvartsliv. Många av dessa levnadsår är ofta på en miserabel levnadsnivå - ofta utan arbete och normalt boende eller hem och ständiga perioder i behov av vård som ofta inte kan ges - och utan en tandvård värd namnet. Stödet från samhället, t ex tandvårdslagstiftningen, är inte alls anpassat för denna den mest utsatta gruppen i det svenska samhället. Den är snarare utformad för att exkludera och göra det svårare för gruppen, något som tydligt har visats av tillämpningen av den nu gällande tandvårdslagen (1985:125) med tillhörande förordningar. Regelsystemet bidrar idag till gruppens alltför höga somatiska sjuklighet och därmed sannolikt också till den höga överdödligheten.

När man överväger frågan om ny formulering av mål i tandvårdslagen önskar vi att det tas hänsyn vad vi säger ovan. Helst bör i stället för ”tandhälsa” begreppet ”folkhälsa” användas



för tydlighetens skull - men i avvaktan på eventuell ytterligare samordning med HSL skulle övergångsvis begreppet "hälsa", tolkat som folkhälsa, kunna användas.

### Vissa särskilda frågor.

Utöver det vi sagt ovan om vissa frågor anser vi att det är viktigt att ett selektivt stöd även kan utsträckas till personer som är 85 år och äldre. Vi anser det också möjligt, men inte helt bra, att man i omprioriteringssyfte minskar åldersspannet för ungas avgiftsfria tandvård från 23 till 19 år – med den uttryckliga förhoppningen att det resursmässiga utrymme som därmed frigörs kan riktas mot de grupper som hittills inte utnyttjat sig av det reguljära tandvårdssystemet.

När det gäller standardiserad nationell riskbedömningsmall som tandläkare och tandhygienisten avses använda som ett resursfördelningsunderlag i arbetet med tandhälsoplan är vi något ambivalenta. Till synes skulle ju en sådan rutin skapa standardisering, likabehandling och därmed kvalitet i behovsbedömningarna. Vi är dock inte övertygade om att riskerna för t ex en sämre behandling av människor med psykisk ohälsa elimineras. Det är trots allt subjektiva individuella värderingar från de i bedömningen deltagande personerna ur vårdpersonalen som är avgörande -samtidigt som utredningen i förslaget strukit bl a de sjukdomsområden/diagnoser som tidigare kvalificerat till vård, något som kunskapen successivt kommer att minska om bland nya generationer personal. Detta torde öka graden av slumpmässighet i bedömningar av vad tandhälsoplanen kan komma att i praktiken innehålla.

Beträffande den individuella tandhälsoplanen vill vi säga, att vi är i grunden positiva till en sådan om den kombineras med det nya avgiftssystemet med en avgift på 200 kr per besök. Nuvarande system med allmänt och särskilt tandvårdsbidrag har inte fungerat väl - och har bidragit till känslan hos människor med begränsad ekonomi att man vet att avgiften bara är starten på en behandlingsperiod med höga kostnader. Vi hoppas att tandhälsoplanen, kombinerad med detta nya avgiftssystem, kan ändra denna känsla till något mera positivt. Som vi sagt ovan är vi dock inte helt övertygade om att införandet av systemet blir oproblematiskt.

Vi anser vidare att det är regionen, inte folktandvården, som är och ska vara ansvarig för planering av tandvården, liksom man är ansvarig för hälso- och sjukvården. Sedan kan regionen anlita offentliga, t ex folktandvården, eller privata leverantörer av vård som utförare. Med en tydlig sådan markering och ett krav på att även privata vårdgivare ska delta i planeringen borde det finnas bättre förutsättningar än idag att uppfylla tandvårdsuppdraget över hela Sveriges yta. Detta torde dock kräva ett nytänkande inte bara hos regionerna som beställare, utan även hos folktandvården och privattandläkarna som utförare.

### Sammanfattande synpunkt

Sammanfattningsvis anser RSMH att utredningen borde ha lagt ett mera långtgående förslag till samordning av tandvårdssystemet med hälso- och sjukvårdens system. Ett sådant system bör ha folkhälsomålsättningar - inte tandhälsomålsättningar. De förslag som utredningen lagt fram har inte en hållbarhet i ett längre tidsperspektiv. Inom några år kommer krav på samordning med hälso- och sjukvården återigen att komma upp i debatten. Det borde vara



möjligt att genomföra en samordning med hälso- och sjukvården till 2026 om en kraftfull utvecklingsinsats snarast påbörjas.

Om, trots detta, regering och riksdag vill införa utredningens mera begränsade förslag så är vi avvaktande positiva till tankarna bakom förslagen - och hoppas det ska vara möjligt att de grupper vi företräder ska få tillgång på lika villkor som andra människor till den tandvård man har ett behov av – utan speciella regler, rutiner och andra villkor. Vi har dock ovan pekat på en del synpunkter och farhågor vi har.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Barbro Ronsten  
Förbundsordförande

Kristina Båth Sägänger  
Kanslichef

## Kopia

Socialdepartementet 3 ex  
Socialutskottet  
Socialförsäkringsutskottet

