

Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Uppföljning och utvärdering*. Det innebär att den innehåller uppföljningar och utvärderingar av reformer, lagstiftning och/eller verksamheter som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den innehåller analys av insamlade data och i förekommande fall forskning som man kan dra generella slutsatser av och som kan användas för att förändra eller utveckla verksamheten. Kraven på vetenskaplighet tillgodoses genom att vetenskaplig expertis medverkar. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

ISBN 978-91-85483-04-4
Artikelnr 2007-103-1

Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting följa upp landstingens verksamhet avseende tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

Enkäter skickades till landstingens beställare av tandvård och till ett urval kliniskt verksamma tandläkare. På en konferens anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen fick landstingens beställare ta del av preliminära resultat från de båda enkäterna och diskutera några av frågorna. Kompletterande telefonintervjuer har också genomförts med företrädare för patient- och tandläkarorganisationerna i projektets referensgrupp.

Projektledare för uppdraget har varit *Marianne Appelquist*, Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsavdelning, som också utarbetat rapporten. *Bertil Koch* har varit knuten till projektet som expert. Uppdraget har bedrivits med stöd av en styrgrupp bestående av *Nils Bäckman*, Socialstyrelsen (ordförande) samt *Lars Sjödin* och från november 2006 även *Håkan Vestergren*, båda adjungerade från Sveriges Kommuner och Landsting. *Carl-Lennart Carlsson*, Socialstyrelsen, har medverkat vid genomförandet av enkätundersökningen och även lämnat underlag till rapporten. *Pål Resare*, Socialstyrelsen, har varit rådgivande i juridiska frågor.

Under arbetets gång har tre möten hållits med en referensgrupp. Referensgruppen har bestått av representanter från *Reumatikerförbundet*, *Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund*, *Tandvårdsskedeförbundet*, *Sveriges Tandhygienistförening* och *Sveriges Tandläkarförbund* med företrädare från *Privat-tandläkarna* och *Tjänstetandläkarna*.

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	11
Uppdraget	11
Bakgrund	11
Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder	12
Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid	13
Begrepp och uttryck i rapporten	16
Tidigare uppföljningar	16
Ekonomi	17
Metod och genomförande	19
Enkät till landstingens beställare	20
Enkät till ett urval kliniskt verksamma tandläkare	20
Svarsfrekvens och bortfall	20
<i>Resultat</i>	22
Antal behandlade och kostnader	22
Könsskillnader	24
Generella frågor och svar om tandvårdsstödet	25
Landstingens egna uppföljningar	30
<i>Slutsatser och förslag</i>	31
En bra reform som kan bli bättre	31
Patientperspektivet	31
Vårdgivarperspektivet	34
Samhällsperspektivet	36
Lag, förordning och Meddelandeblad	37
<i>Referenser</i>	38
<i>Bilagor</i>	39
Resultat för de 14 patientgrupperna	39
Enkät till landstingens beställare av tandvård	49
Enkät till tandläkare	68

Sammanfattning

Genom ändring av tandvårdslagen och lagen om allmän försäkring reformerades den 1 januari 1999 det statliga stödet till tandvård för vuxna. Ett väsentligt inslag i reformen var att landstingen fick ett utökat ansvar. Landstingen skall ansvara för att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m. samt att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård. Även personer som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall erbjudas vård. För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling betalar patienterna samma avgifter som för öppen hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser, dvs. med högst 900 kronor under en tolv månaders period. För det utökade ansvaret får landstingen statsbidrag.

I denna rapport redovisas den uppföljning som Socialstyrelsen genomfört på uppdrag av regeringen av *tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid*.

Patienten kan själv enligt tandvårdslagen välja om hon vill gå till en privat vårdgivare eller till folktandvården för att få sin behandling utförd. Oftast är det sjukvården som remitterar en patient till tandvården för undersökning, utredning och eventuell behandling innan eller i samband med olika medicinska ingrepp.

Endast de *särskilda tandvårdsinsatserna*, som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling, omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Intentionerna när reformen genomfördes år 1999 var att en eventuell medicinsk behandling inte skall behöva inställas eller få sämre förutsättningar beroende på vilken tandvårdsbehandling patienten har råd med. För de behandlingsåtgärder, som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling, betalar patienten enligt tandvårdsförsäkringens regler, på samma villkor som andra vuxna som besöker tandvården.

Behandlingsåtgärderna förutsätts ske under i de flesta fall *begränsad tid*, vilket vanligtvis innebär ett år. Tandvårdsstödet gäller under den tid som är nödvändig för att utföra behandlingsåtgärderna. Ofta blir behandlingstiden betydligt kortare än ett år, men den kan också bli längre, om en patient t.ex. får vänta på en organtransplantation. Vissa behandlingsförslag skall bedömas i förväg av det landsting inom vars område patienten är folkbokförd. Särskilda bedömningstandläkare hos landstingen genomför granskningen.

Socialstyrelsen utgav år 2004 ett Meddelandeblad med riktlinjer för att ge landstingen stöd och vägledning vid bedömningen av bland annat tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Med stöd av Meddelandebladet utfärdar landstingen själva anvisningar som vägledning för tandläkarna.

När det statliga stödet för tandvård till vuxna reformerades år 1999 fick Försäkringskassan samtidigt ansvaret för att personer med ett *långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård* på grund av *långvarig sjukdom eller funktionshinder* kan få en förhöjd ersättning genom tandvårdsförsäkringen. Detta

innebär att tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder i vissa fall betalas enligt särskilda regler inom tandvårdsförsäkringen och i vissa fall enligt landstingens regler för den öppna hälso- och sjukvården.

Uppföljningen av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling genomfördes med webbaserade e-postenkäter till samtliga landstings beställare och till ett urval kliniskt verksamma tandläkare. På en konferens anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting fick beställarna ta del av preliminära resultat från de båda enkäterna och de gavs möjlighet att diskutera och lämna synpunkter på materialet. För att förtydliga vissa frågeställningar genomfördes kompletterande telefonintervjuer med företrädarna för patient- och tandläkarorganisationerna i projektets referensgrupp. Uppföljningen sammanfattas i nedanstående punkter.

Uppföljningen visar att:

- Det är en bra reform som kan bli bättre.
- Cirka 33 000 patienter fick del av stödet under 2005. Antalet behandlade patienter har varit relativt konstant under de senaste åren.
- Många tandläkare upplever att patienterna är nöjda med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.
- Det finns stora skillnader mellan de olika landstingen avseende hur stor andel av befolkningen som fått del av stödet.
- Det finns tandläkare som inte erbjuder tandvårdsstödet till sina patienter beroende på att de inte är tillräckligt insatta i regelverket, att de anser att administrationen är för omfattande och komplicerad och att betalningen från landstinget är för låg.
- Patienterna har svårt att förstå och acceptera att det enbart är de särskilda tandvårdsinsatserna som erfordras för att den medicinska behandlingen skall kunna genomföras, som betalas enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.
- Merparten av landstingens beställare och många tandläkare anser att fler patientgrupper skall omfattas av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Förslagen sammanfaller i stor utsträckning med de grupper som idag omfattas av Försäkringskassans ansvar.
- Landstingen följer oftast Socialstyrelsens Meddelandeblad vid tillämpningen av tandvårdsstödet. Det finns landsting som tillämpar en generösare praxis. Det finns också landsting som tillämpar en mera restriktiv praxis
- Sju av de nio landsting, som svarat att de tillämpar restriktivare praxis uppvisar ett ekonomiskt överskott gentemot statsbidraget.
- Det är inte ovanligt att patienter får betala mellanskillnaden mellan folk-tandvårdens priser som är styrande för landstingens betalningar och privat-tandläkarens priser. Detta är inte tillåtet enligt hälso- och sjukvårdslagen.
- De under åren 1999-2005 samlade bidragen från staten för tandvårdsreformen i sin helhet, översteg landstingens kostnader med 408 miljoner vid utgången av år 2005. Alla landsting utom fyra uppvisar ett ekono-

miskt överskott. Det ekonomiska överskottet år 2005 för reformen i sin helhet var 142 miljoner.

- Det finns önskemål om förtydliganden och förändringar i Meddelandebladet. Även tandvårdslagen och tandvårdsförordningen behöver omarbetas för att anpassas till den praxis som successivt vuxit fram.
- Ett fåtal landsting genomför egna uppföljningar av verksamheten med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

Socialstyrelsens bedömningar:

- De könsskillnader som finns i de olika grupperna när det gäller utnyttjandet överensstämmer med de skillnader som redovisas i epidemiologiska studier eller register.
- Variationerna mellan landstingen när det gäller utnyttjandet av förmånerna är alltför stora.
- Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem bör även i fortsättningen enbart gälla sådana särskilda åtgärder som har samband med sjukdom eller funktionshinder.
- Det är otillfredsställande att administrationen uppfattas som så omfattande och komplicerad och att betalningen från landstinget anses vara så låg att vissa tandläkare inte erbjuder stödet.
- Informationen till patienterna behöver förbättras. Huvudansvaret för detta ligger hos landstingen. Vårdgivar- och patientorganisationerna har också en viktig uppgift att informera sina medlemmar.
- Det är inte acceptabelt att det finns tandläkare som begär mer betalt av patienten än den fastställda vårdavgiften.
- Det är otillfredsställande att landsting som har lägre kostnader än statsbidraget likväl tillämpar en restriktivare praxis än vad som anges i Meddelandebladet.
- Landstingen bör själva få avgöra i vilka fall förhandsbedömning av behandlingsförslagen skall göras.
- Det måste klarläggas hur patienten skall betala i situationer där landstinget i efterhand konstaterar att hälso- och sjukvårdens avgiftssystem inte skulle ha tillämpats utan tandvårdsförsäkringens.
- Landstingens handläggningstider vid förhandsbedömning är godtagbara.

Socialstyrelsens förslag:

- Tandvårdsförordningen behöver förändras och förtydligas i enlighet med förslag i föreliggande rapport för att tandvårdsstödet skall få en enhetligare tillämpning över hela landet och ge Socialstyrelsen bemyndigande att utfärda föreskrifter och allmänna råd av tillämpningen av lagen och förordningen.
- Både särskilda tandvårdsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid och tandvård som är en följd av ett ökat behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder bör betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Med ett system ökar tydligheten för patienterna och ersättningsreglerna blir mer rättvisa för alla personer

med sjukdom eller funktionshinder. Det förenklar också för vårdgivarna, vilket i slutändan även gynnar patienterna. Det ligger inte inom ramen för denna uppföljning att utreda vilka konsekvenser en eventuell sammanslagning av de två systemen får. Ett utredningsarbete bör påbörjas snarast.

- Ett förtydligande behövs i tandvårdslagen om att det inte är tillåtet att ta mer betalt av patienten än den fastställda vårdavgiften.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för år 2006 fått regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting göra en uppföljning av landstingens verksamhet avseende tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling enligt tandvårdslagen (1985:125) [1] och tandvårdsförordningen (1998:1338) [2]. Uppföljningen skall även omfatta eventuella könsskillnader på detta område. Uppdraget skall redovisas senast den 15 februari 2007.

Bakgrund

Under år 1996 tillsatte regeringen en utredning med direktiven att utarbeta ett förslag om ekonomiskt stöd till personer med tandvårdsbehov som uppstått till följd av sjukdom och funktionshinder. I rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16) [3] lämnades förslag om att för de särskilda tandvårdsinsatser som behövs som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, skall bestämmelserna om avgifter i öppenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 [4] gälla. Skälet angavs vara att en eventuell medicinsk behandling inte skall behöva ställas in eller få sämre förutsättningar beroende på vilken tandvård patienten har råd att betala.

Utredningens förslag ledde inte till någon proposition från regeringen. I stället tillsattes en ny utredning som redovisade sina förslag i betänkandet, Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård (SOU 1998:2) [5]. Det tidigare framlagda förslaget avseende tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling framfördes på nytt eftersom remissinstanserna i allmänhet varit positiva till det ursprungliga förslaget. Regeringen (prop.1997/98:112) [6] och riksdagen följde utredningens förslag.

Genom ändring av tandvårdslagen och lagen om allmän försäkring (1962:381) [7] reformerades den 1 januari 1999 det statliga stödet till tandvård för vuxna. Ett väsentligt inslag i reformen var att landstingen fick ett utökat ansvar. Landstingen skall ansvara för att avgiftsfri *uppsökande verksamhet* bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m. samt att dessa personer erbjuds *nödvändig tandvård*. Även personer som har behov av *särskilda tandvårdsinsatser* som ett led i en sjukdomsbehandling under en *begränsad tid* skall erbjudas vård. För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid betalar patienterna samma avgifter som för öppen hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser, dvs. med högst 900 kronor under en tolv månaders period.

Även reglerna för ersättning för oralkirurgiska åtgärder ändrades så att tandvårdsförsäkringens bestämmelser skall gälla för sådana behandlingar som inte kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser. Tidigare hade avgifter som för öppen hälso- och sjukvård betalats för all oralkirurgi som

utfördes vid folktandvårdens specialistkliniker eller vid odontologisk fakultet (tandläkarhögskola).

Försäkringskassan fick samtidigt, genom ändring av förordningen 1998:1337 [8] om tandvårdstaxa, ansvaret för att personer med ett *långvarigt* och *väsentligt ökat behov av tandvård* på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder kan få en förhöjd ersättning genom tandvårdsförsäkringen.

Detta innebär att tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder i vissa fall betalas enligt särskilda regler inom tandvårdsförsäkringen och i vissa fall enligt landstingens regler för den öppna hälso- och sjukvården. I utredningens Tandvårdsöversyn 2000 slutbetänkande Tandvården till 2010 (SOU 2002:53) [9] framhålls att det delade systemet upplevs som svårförståeligt, ologiskt och orättvist både av patienter och av vårdgivare. Dessutom leder det till omfattande administration. Utredningen föreslog att all tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov av tandvård på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder skall betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen tillstyrkte förslaget i sitt remissvar men med förbehållet att begreppet ”allmänsjukdom” inte är vedertaget inom hälso- och sjukvården och därför bör klargöras eller ersättas med ett annat begrepp.

Regeringen har ännu inte tagit ställning till utredningens förslag. I budgetpropositionen 2007 (prop. 2006/07:1, utgiftsområde 9) [10] uttalas att regeringen kommer att överväga särskilda insatser för personer som på grund av funktionshinder eller sjukdom har svårt att påverka sin tandstatus och som därför har särskilt stora tandvårdsbehov.

Regeringen tillkallade i december 2005 en särskild utredare för att lägga fram förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. I tilläggsdirektiv (dir. 2006:112) [11] påpekar regeringen att de särskilda insatserna för personer, som på grund av sjukdom eller funktionshinder har svårt att påverka sin tandstatus, inte omfattas av den pågående utredningen utan kommer att hanteras i annan ordning.

De två tandvårdsstöden förklaras närmare nedan.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder

I den allmänna tandvårdsförsäkringen för vuxna ingår att ge ett visst ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, s.k. bastandvård, och ett visst stöd för protetiska åtgärder. Bastandvård är åtgärder som finns upptagna under avdelning A i tandvårdstaxan, dvs. 1. Undersökning, diagnostik och rådgivning, 2. Förebyggande åtgärder, 3. Oralkirurgisk behandling, 4. Pulpakirurgisk behandling, 5. Konserverande behandling samt 9. Övrig behandling inom bastandvården. För personer som är över 65 år finns ett särskilt högkostnadsskydd.

Därutöver finns ett särskilt tandvårdsstöd för personer som har ett *långvarigt* och *väsentligt ökat behov av tandvård* på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Personer som omfattas av stödet kan få förhöjd ersättning för all bastandvård som är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. Vid protetiska behandlingar dras normalt ett karensbelopp på 3 500 kronor från det ersättningsbelopp som Försäkringskassan betalar

ut. Karensbeloppet tillämpas dock inte för sådan tandvård som är nödvändig på grund av patientens långvariga sjukdom eller funktionshinder.

Försäkringskassan anger att sjukdom eller funktionshinder, som kan antas vara längre än ett år, är långvarigt. Några exempel på sjukdomsgrupper och funktionshinder som kan orsaka ett *långvarigt* eller *väsentligt ökat tandvårdsbehov* är enligt Försäkringskassan:

- Ätstörningar, såsom anorexia nervosa och bulimi
- Svårinställd diabetes
- Inflammatoriska mag- och tarmsjukdomar
- Inflammatoriska led- och bindvävssjukdomar
- Cerebral pares (CP)
- Andra funktionshinder som försvårar patientens möjligheter att sköta sin munhygien på egen hand
- Sjukdomar som kan medföra muntorrhet

Det är tandläkaren som genom förhandsprövning ansöker hos Försäkringskassan om förhöjd ersättning. Ett läkarintyg som styrker sjukdomens eller funktionshindrets påverkan på tandhälsan måste alltid uppvisas. Försäkringskassan gör därefter en bedömning om patienten kan få förhöjd ersättning.

Den förhöjda ersättningen medges för de behandlingsåtgärder som Försäkringskassan bedömt erfordras på grund av ett väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder. För behandlingsåtgärder, som inte orsakats av långvarig sjukdom eller funktionshinder, betalar patienten på samma villkor som andra vuxna. Intentionerna inför tandvårdsreformen år 1999 var att tandvårdskostnaderna för patienter med sjukdom eller funktionshinder skulle motsvara vad övriga personer betalade för sin tandvård.

Försäkringskassans kostnad för tandvård med förhöjd ersättning uppgick år 2005 till 15 miljoner kronor.

Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid

Landstingen ansvarar för att personer som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid erbjuds sådan. Patienten kan själv välja om hon vill gå till en privat vårdgivare eller till folktandvården för att få sin behandling utförd. Oftast är det sjukvården som remitterar en patient till tandvården för undersökning, utredning och eventuell behandling innan eller i samband med olika medicinska ingrepp. En utredning och/eller undersökning hos tandvården kan också vara en väsentlig förutsättning eller diagnostisk hjälp för den medicinska behandlingen.

Inför att det reformerade tandvårdsstödet skulle införas den 1 januari 1999 utgav Socialstyrelsen en serie rapporter som stöd för landstingens framtagande av regelverk för nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Rapporten från den arbetsgrupp som hade till uppgift att beskriva vilken tandvård som skall anses vara ett led i en sjukdomsbehandling, utgavs i september 1998 (02-5061/98) [12]. Ursprungligen omfattades tolv patientgrupper av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid men stödet ut-

ökades med två nya patientgrupper den 1 januari 2000. Patienter med Sjögrens syndrom eller med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling kom då också att omfattas av stödet. Inför förändringen utgav Socialstyrelsen i december 1999 Rapport från arbetsgrupp med uppgift att förbereda landstingens övertagande av kostnadsansvaret för patienter som på grund av Sjögrens syndrom eller strålbehandling har nedsatt salivfunktion (52-13493/99) [13]. Dessa patienter hade före år 1999 haft ett särskilt stöd inom tandvårdsförsäkringen.

Särskilda tandvårdsinsatser

Endast de behandlingsåtgärder, som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling, omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Intentionerna när reformen genomfördes år 1999 var att en eventuell medicinsk behandling inte skall behöva inställas eller få sämre förutsättningar beroende på vilken tandvårdsbehandling patienten har råd med.

Dessa *särskilda tandvårdsinsatser* kan i vissa fall enbart bestå av t.ex. utredning eller behandling av inflammationer i munslemhinnor. I vissa fall kan enbart tanduttagning och rotbehandling ingå för att avlägsna infektioner och inflammationer som kan äventyra den medicinska behandlingen, medan den efterföljande behandlingen med protetiska ersättningar som t.ex. implantat, kronor och broar inte ingår. I andra fall kan däremot protetikbehandling ingå, t.ex. vid byte av material eller vid missbildningar. För de behandlingsåtgärder, som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling, betalar patienten enligt tandvårdsförsäkringens regler, på samma villkor som andra vuxna som besöker tandvården.

Vissa behandlingsförslag skall bedömas i förväg av det landsting inom vars område patienten är folkbokförd. Utifrån det underlag som tandläkaren sänder in, t.ex. röntgenbilder, läkarremiss, intyg samt behandlings- och kostnadsförslag, bedömer landstinget om behandlingen faller inom ramen för stödet. Särskilda bedömningstandläkare hos landstingen genomför granskningen.

Bedömningsresultatet går inte att överklaga då tandvårdslagen liksom hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslag som t.ex. socialtjänstlagen. Ett ärende kan däremot omprövas om något nytt har framkommit som är väsentligt för bedömningen. En person som är missnöjd med landstingets ställningstagande kan vända sig till landstingets Patientnämnd, som har till uppgift att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Begränsad tid

Behandlingsåtgärderna förutsätts ske under i de flesta fall *begränsad tid* vilket vanligtvis innebär ett år. En anpassning har här skett till att Försäkringskassan betraktar ett år som en minimitid för att en sjukdom eller ett funktionshinder skall anses vara långvarigt. Tandvårdsstödet gäller under den tid som är nödvändig för att utföra behandlingsåtgärderna men upphör gälla när patienten t.ex. är infektionssanerad färdigt inför klaffbyte, organtransplantation, strålbehandling etc. Ofta blir behandlingstiden betydligt kortare än ett år, men den kan också bli längre, om en patient t.ex. får vänta på en organtransplantation.

För de två nya patientgrupperna som reformen utökades med år 2002, patienter med Sjögrens syndrom eller med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling, kan tandvårdsstödet bli livslångt. Härigenom gjordes ett avsteg från principen att stödet endast skulle avse behandling under en begränsad tid.

Avgifter som för öppen hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen 26 § får vårdavgifter tas ut för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Avgifterna får räknas in i högkostnadsskyddet, innebärande att patienten betalar för närvarande högst 900 kronor under en tolv månadersperiod för sjukvård och tandvård. Enligt 26 a § samma lag är patienten befriad från att därefter erlägga ytterligare avgifter för vård under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgiften erlagts.

Tandvårdspersonalen måste kunna hantera två olika avgiftssystem, dels hälso- och sjukvårdens system med frikort och högkostnadskort, dels tandvårdsförsäkringens avgiftssystem.

Översyn av bestämmelserna

Under år 2003 gjordes en översyn av de bestämmelser som gällt från år 1999 vid landstingens bedömningar av vilka personer som skulle erbjudas förmånerna och vilken tandvård som skulle betalas som öppen hälso- och sjukvård. Syftet med översynen var att ge underlag för striktare och mer likformiga bedömningar i landstingen och att begränsa kostnadsökningarna. Resultatet av översynen ledde till ändringar i tandvårdslagen och tandvårdsförordningen den 1 januari 2004. Bland annat kompletterades tandvårdslagen med bestämmelsen att landstinget endast lämnar betalning till vårdgivaren med belopp som motsvarar folktandvårdens priser om inte landstinget kommer överens med vårdgivaren om något annat. Socialstyrelsen utgav år 2004 ett Meddelandeblad (2004-126-6) [14] med riktlinjer för att ge landstingen stöd och vägledning vid bedömningen av bland annat tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Med stöd av Meddelandebladet utfärdar landstingen själva anvisningar som vägledning för tandläkarna.

Anledningen till att Socialstyrelsen valde att publicera sina riktlinjer i form av ett Meddelandeblad var att regeringen i tandvårdsförordningen inte gett Socialstyrelsen bemyndigande att utfärda bindande föreskrifter. I regeringens proposition *Reformerat tandvårdsstöd* (1997/98:112) angavs dock att det skulle vara Socialstyrelsens uppgift att utarbeta allmänna råd och föreskrifter.

Personkretsen – 14 patientgrupper

I följande tabell visas de fjorton behandlings eller patientgrupper som omfattas av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Gruppnumreringen 1-14 är enligt Sveriges Kommuner och Landstings årliga uppföljningar av det särskilda tandvårdsstödet.

Tabell 1. Patientgrupper som omfattas av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Källa: SKL

Grupp	Behandling
1	Tandvårdsbehandling till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.
2	Tandvårdsbehandling på grund av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.
3	Behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.
4	Infektionssanering av patienter som skall genomgå vissa kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.
5	Tandvård på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslimhinnan.
6	Patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom.
7	Patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregion.
8	Patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom).
9	Patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné.
10	Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.
11	Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material.
12	Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering.
13	Patienter med Sjögrens syndrom.
14	Patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.

Begrepp och uttryck i rapporten

I begreppet landsting innefattas även Region Skåne, Västra Götaland och Gotlands kommun. Med beställare avses de tjänstemän inom landstingen som handlägger tandvårdstöd.

Fortsättningsvis används alltid den kortare benämningen, tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, utan tillägget, *under en begränsad tid*.

Förkortningen för Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, används enbart vid källanvisning till tabeller och diagram.

Tidigare uppföljningar

Socialstyrelsen publicerade år 2001 en rapport Uppföljning av landstingens tandvård enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning, (2001-125-33) [15], baserad på en enkätundersökning, som riktade sig till landstingens beställare. Av rapporten framgick att det fanns stora skillnader mellan de olika landstingens tolkningar av vilka individer och vilken behandling som omfattas av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

Sedan reformstarten år 1999 har Landstingsförbundet, numera Sveriges Kommuner och Landsting, anordnat konferenser två gånger per år för de tjänstemän inom landstingen som handlägger tandvårdstöd. Syftet med konferenserna är bland annat att följa upp och att medge erfarenhetsutbyte samt att diskutera tillämpningen av regelverket.

Enligt överenskommelse med staten samlar Sveriges Kommuner och Landsting årligen in uppgifter från de olika landstingen avseende utnyttjande och kostnader för reformen. Resultatet redovisas i särskilda rapporter. Metodiken för datainsamlingen och utformningen av den årliga rapporte-

ringen har Sveriges Kommuner och Landsting utvecklat i samarbete med Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

Det finns landsting som själva har följt upp hur tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling fungerar och vilka resultat som uppnåtts. Uppföljningar som landstingen har genomfört de senaste två åren redovisas med korta sammanfattningar i resultatredovisningen.

Ekonomi

Staten och dåvarande Landstingsförbundet träffade år 1998 överenskommelse om ersättningar för överförande av kostnadsansvaret för viss vuxentandvård till landstingen från och med år 1999. Ersättningen skulle även innefatta kompensation för ökade administrationskostnader och kostnader för information m.m. som följde av det nya åtagandet.

Staten och Landstingsförbundet gjorde år 1999 ett tillägg till överenskommelsen med innebörden att landstingen även skulle kompenseras för en utvidgning av åtagandet år 2000. Detta skulle ske i samband med den ekonomiska slutregleringen av landstingens totala åtagande. Slutregleringen skulle ske via budgetpropositionen inför år 2003. Någon reglering skedde emellertid inte förrän i budgetpropositionen inför år 2004. Från och med år 2002 inräknas ersättningen i det generella statsbidraget till landstingen. Dessförinnan utbetalades ersättningen till landstingen av Riksförsäkringsverket.

Statens preliminära bidrag till landstingen för reformen uppgick till 405 miljoner kronor per år under åren 1999 – 2003. Avdrag hade då gjorts med 80 miljoner kronor per år för de ökade intäkter som landstingen förväntades få på grund av ändrade regler för ersättning från tandvårdsförsäkringen för oralkirurgi från och med år 1999.

Enligt förslag i budgetpropositionen 2004 tillfördes landstingen ytterligare 204 miljoner kronor under år 2004 som engångskompensation för de ökade kostnaderna åren 1999 – 2003. Det årliga bidraget på 405 miljoner kronor höjdes med 281 miljoner kronor från och med år 2004. Från och med år 2005 höjdes det årliga bidraget med ytterligare 30 miljoner och uppgår för närvarande till 716 miljoner kronor. Beloppet särredovisas numera inte i budgetpropositionen.

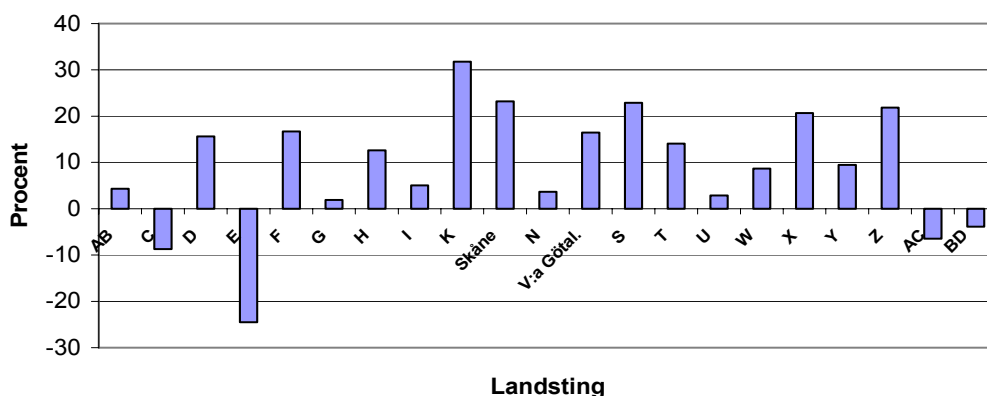
Följande tabell visar kostnadsutvecklingen inom landstingen för reformen som helhet åren 1999 – 2005. Dessutom visas statsbidragets storlek under dessa år, landstingens beräknade intäkter för oralkirurgi samt landstingens nettokostnader för reformen innefattande även nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet.

Tabell 2. Landstingens kostnader för tandvårdsreformen, statsbidraget och beräknade intäkter för oral kirurgi åren 1999 – 2005. Källa: SKL

Verksamhet	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	1999 -2005
	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr
Bruttokostnader	193	433	580	654	630	639	654	3783
Statsbidrag	-405	-405	-405	-405	-405	-890	-716	-3631
Intäkter oralkirurgi	-80	-80	-80	-80	-80	-80	-80	-560
Nettokostnader	-292	-52	95	169	145	-331	-142	-408

Vid utgången av år 2005 översteg de under åren samlade statsbidragen samt de beräknade intäkterna för oralkirurgi landstingens kostnader för reformen i sin helhet med ca 408 miljoner kronor. År 2005 översteg intäkterna kostnaderna med ca 142 miljoner kronor.

I figur 1 visas resultatet för landstingen åren 1999-2005 som andel av statsbidragen och de beräknade intäkterna för oral kirurgi. För åren 1999-2001 har de exakta beloppen på bidragen använts som underlag. Från och med år 2002 har de årliga bidragsbeloppen fördelats på landstingen efter antalet invånare. De beräknade intäkterna för oral kirurgi har beräknats proportionellt mot storleken på bidragen.



Figur 1. Landstingens resultat som andel av statsbidrag och intäkter för oral kirurgi åren 1999-2005. Källa: SKL

Av diagrammet framgår att alla landsting utom fyra uppvisar ett positivt resultat för åren 1999-2005. Statsbidragen och de beräknade intäkterna för oralkirurgi har alltså överstigit kostnaderna för reformen för flertalet landsting.

Kostnadsutvecklingen för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling åren 1999-2005 redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Kostnadsutveckling för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling åren 1999 – 2005. Källa: SKL

Verksamhet	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr
Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling	43	124	179	210	204	203	188

Ungefär 30 procent av den totala kostnaden för tandvårdsreformen utgörs av kostnaden för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppsökande verksamhet bland boende på sjukhem m.m. står för 10 procent av kostnaden, nödvändig tandvård åt dessa patienter för 55 procent och landstingens administration för 5 procent. Fördelningen mellan de olika verksamheterna har varit relativt konstant över åren.

Metod och genomförande

Uppföljningen av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling genomfördes med webbaserade e-postenkäter till samtliga landstings beställare av tandvård och till ett urval kliniskt verksamma tandläkare. Hur urvalet gjordes beskrivs under avsnittet Enkät till ett urval kliniskt verksamma tandläkare. Innan enkätfrågorna till beställarna fastställdes, skickades två provenkäter för test hos två av beställarna. Enkätfrågorna till tandläkarna godkändes av projektets referensgrupp. Det tjugotal tandläkare som saknade e-postadress eller som inte ville få enkäten via e-post, fick en pappersenkät. Enkäterna aviserades i god tid innan de skickades ut. Underlagen till de webbaserade e-postenkäterna finns med som bilagorna 2 och 3 till rapporten.

På en konferens i november 2006, anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen, fick landstingens beställare ta del av preliminära resultat från de båda enkäterna. De fick också möjlighet att diskutera och lämna synpunkter på materialet. Framförda synpunkter har vägts in i resultatredovisningen.

För att förtydliga vissa frågeställningar genomfördes kompletterande telefonintervjuer med företrädarna för patient- och vårdgivarorganisationerna i projektets referensgrupp.

Statistiska uppgifter om antalet behandlade och kostnader för reformen m.m. som Sveriges Kommuner och Landsting årligen samlar in från landstingen, har används i resultatredovisningen för att komplettera svaren i enkäterna.

Ett tiotal skrivelser har kommit till Socialstyrelsen från patient- och vårdgivarorganisationer, enskilda tandläkare och läkare. Framförda synpunkter har beaktats i uppföljningen och resultatredovisningen.

För att ge en bild av vilka uppfattningar olika intressenter har redovisat, används citat och kommentarer från enkätundersökningarna, telefonintervjuerna, beställarkonferensen och från inkomna skrivelser i rapportens resultatredovisning. Exempelen har valts för att förtydliga och förklara olika uppfattningar och synpunkter.

Enkät till landstingens beställare

Landstingens beställare fick en enkät, bilaga 2, med 72 huvudfrågor med följdfrågor. Inklusive följdfrågor innehöll enkäten sammanlagt 264 frågor. De beställare som inte hade svarat när svarstiden hade gått ut, fick en påminnelse via telefon.

Vissa av frågorna i enkäten var frågor med fasta svarsalternativ, medan andra frågor var s.k. öppna frågor där beställarna fick svara med fri text. När enkätsvaren varit otydliga eller svårtolkade har projektledaren kontaktat berörda beställare och försökt reda ut oklarheterna och fått svaren kompletterade.

Enkät till ett urval kliniskt verksamma tandläkare

Ett urval av kliniskt verksamma tandläkare fick en enkät, bilaga 3, med sammanlagt 17 frågor. Sju frågor var huvudfrågor och resten följdfrågor och bakgrundsfrågor. Även i denna enkät fanns frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor för svar med fri text.

Urvalet av tandläkare har inte gjorts slumpmässigt eftersom endast ett mindre antal tandläkare ägnar sig åt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Vid ett slumpmässigt urval bland landets alla tandläkare, skulle chanserna vara små att få med ett tillräckligt stort antal tandläkare som behandlat ett tillräckligt stort antal patienter. Urvalet gjordes därför på följande sätt.

Respektive beställare med undantag av Gotlands fick välja tio tandläkare som brukar behandla patienter i en eller flera av de fjorton patientgrupperna. Gotland valde sju tandläkare istället för tio. Tillsammans skulle tandläkarna ha behandlat patienter i samtliga fjorton grupper. Både folktandvården och privattandvården skulle vara representerade i urvalet och i förekommande fall även de universitet och högskolor som har tandläkarutbildning ("tandläkarhögskolor"). Sammanlagt omfattades 207 tandläkare av uppföljningen. En påminnelse skickades ut till dem som inte svarat när svarstiden hade gått ut.

Svarsfrekvens och bortfall

Samtliga landstings beställare besvarade enkäten. På huvudfrågorna finns inget bortfall, dvs. samtliga huvudfrågor i enkäten har besvarats av alla.

Av de 207 tandläkarna svarade 170 på enkäten, dvs. 82 procent. Även här har samtliga huvudfrågor besvarats. Svarsfrekvens och bortfall för tandläkarenkäten redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Fördelning mellan tandläkare verksamma inom folktandvård, privattandvård och tandläkarhögskola avseende utskickade enkäter, svarsfrekvens och bortfall.

Vårdgivare	Utsända enkäter		Svar enkäter		Bortfall enkäter	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Folktandvård	113	54	96	46	17	8
Privattandvård	88	43	69	34	19	9
Tandläkarhögskola	6	3	5	2	1	1
Total	207	100	170	82	37	18

Bland de tandläkare som besvarade enkäten var 30 specialister. Dessa var specialister inom oral protetik, ortodonti, oral kirurgi, bettfysiologi, pedodonti och parodontologi. Yrkeserfarenheten var stor bland dem som besvarade enkäten, 163 tandläkare, dvs. 96 procent av dem som svarat, angav att de varit yrkesverksamma mer än femton år. Sex tandläkare hade varit yrkesverksamma mellan fem och femton år och endast en tandläkare mindre än fem år.

De tillfrågade tandläkarna hade oftast inte behandlat patienter i samtliga patientgrupper under år 2005 utan enbart i någon eller några av grupperna. Vanligtvis hade tandläkarna behandlat mellan en och fem patienter i vardera gruppen. Ett litet antal tandläkare hade behandlat fler än fem patienter i någon eller några av grupperna.

Resultat

Antal behandlade och kostnader

Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting fick ca 33 000 personer tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling år 2005, vilket motsvarar i genomsnitt 48 personer per 10 000 bosatta i åldrarna 20 år och äldre. Till och med 19 års ålder har alla avgiftsfri tandvård.

Av enkätsvaren från beställarna framkom att 65 procent fick sin behandling av folktandvården, 30 procent av privata vårdgivare och 5 procent vid tandläkarhögskolor.

I tabell 5 anges antalet personer inom de olika grupperna som behandlats år 2005 samt kostnaderna per grupp.

Tabell 5. Antal och andel av antalet bosatta, 20 år och äldre, som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling samt kostnaderna per patientgrupp år 2005. Källa: SKL

Patientgrupp	Antal behandlade	Antal behandlade per 10 000 bosatta 20 år-w	Kostnad, tkr	Kostnad per behandlad kr
1	2765	4,0	39319	14220
2	961	1,4	8946	9309
3	211	0,3	1661	7873
4	3301	4,8	11642	3527
5	2434	3,5	4514	1855
6	1819	2,6	3913	2151
7	1756	2,5	8255	4701
8	3192	4,6	10056	3150
9	7604	11,0	39823	5237
10	1704	2,5	13937	8179
11	685	1,0	6483	9465
12	251	0,4	2499	9958
13	4384	6,4	24952	5692
14	2062	3,0	12236	5934
Riket	33129	48,0	188238	5682

Landstingens totala kostnad för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling uppgick till ca 188 miljoner kronor år 2005. Av dessa kostnader svarade folktandvården för 61 procent, privata vårdgivare för 35 procent och tandläkarhögskolorna för 4 procent. Den genomsnittliga kostnaden per behandlad uppgick till 5 682 kronor. Antalet behandlade personer per landsting och kostnaderna redovisas i tabell 6.

Tabell 6. Antal och andel av de bosatta, 20 år och äldre, som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling samt kostnaderna per landsting år 2005. Källa: SKL

Landsting	Antal behandlade	Antal behandlade per 10 000 bosatta 20 år-w	Kostnad tkr	Kostnad per behandlad kr
AB	6880	48	52290	7600
C	770	33	7353	9549
D	1205	61	5893	4891
E	1906	60	13390	7025
F	843	34	4342	5151
G	632	46	3505	5546
H	1038	58	5090	4904
I	144	33	946	6571
K	303	26	1686	5565
Skåne	3949	44	22760	5763
N	1251	59	6 927	5538
V:a Götal.	4927	42	22038	4473
S	779	37	3142	4033
T	1572	75	5649	3594
U	1010	51	6158	6097
W	1042	49	4226	4056
X	647	30	3903	6032
Y	1261	67	3957	3138
Z	464	47	2424	5224
AC	1036	52	6 455	6231
BD	1470	76	6102	4151
Riket	33129	48	188238	5682

Av tabellen framgår att det finns stora variationer mellan landstingen både avseende antal behandlade per 10 000 bosatta över 20 år och kostnaden per behandlad patient. Antalet behandlade per 10 000 bosatta varierar mellan 26 patienter och 76 patienter och kostnaden per behandlad patient varierar mellan 3 138 kronor och 9 549 kronor.

I enkäten till landstingens *beställare* ställdes frågan om landstinget följer Socialstyrelsens Meddelandeblad eller om de tillämpar en generösare eller restriktivare praxis. Frågan ställdes för var och en av de fjorton patientgrupperna.

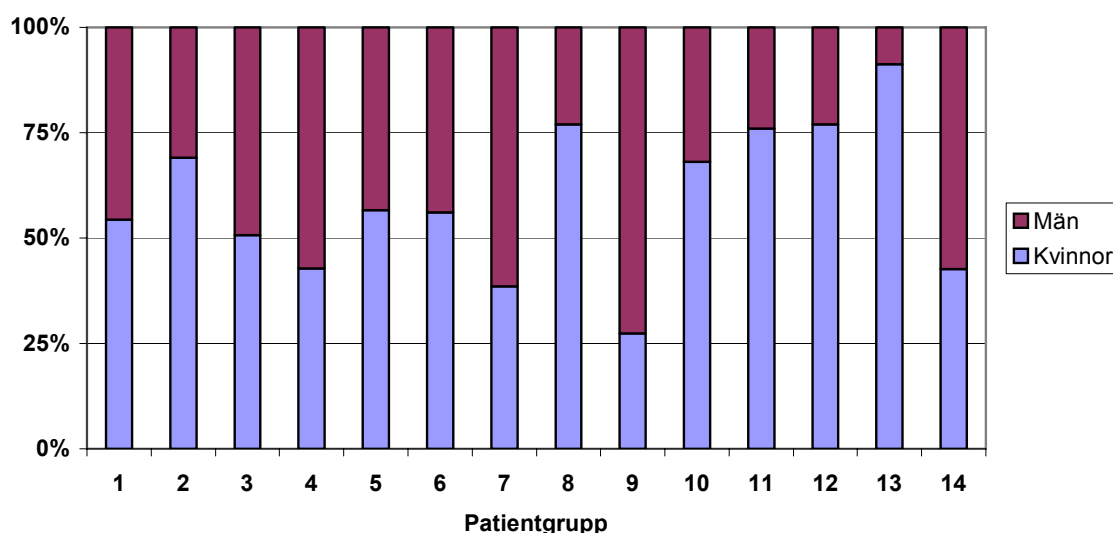
Inom samtliga patientgrupper utom en, tillämpar ett eller flera landsting i varierande grad en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Fjorton landsting tillämpar t.ex. en generösare praxis för grupp 1, tandvårdsbehandling till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.

Restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger, tillämpas för tio av de fjorton patientgrupperna. Fyra landsting har t.ex. en restriktivare praxis för grupp 10, behandling vid extrem tandvårdsrädsla och för grupp 13, behandling vid Sjögrens syndrom. Inget landsting har en restriktivare praxis för grupperna 1, 3, 5 och 6. Grupp 3 är behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall, grupp 5 är tandvård på patient som på grund

av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan och grupp 6 är patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom.

Könsskillnader

I följande figur visas den procentuella fördelningen mellan kvinnor och män när det gäller utnyttjandet av stödet räknat på 10 000 bosatta av respektive kön.



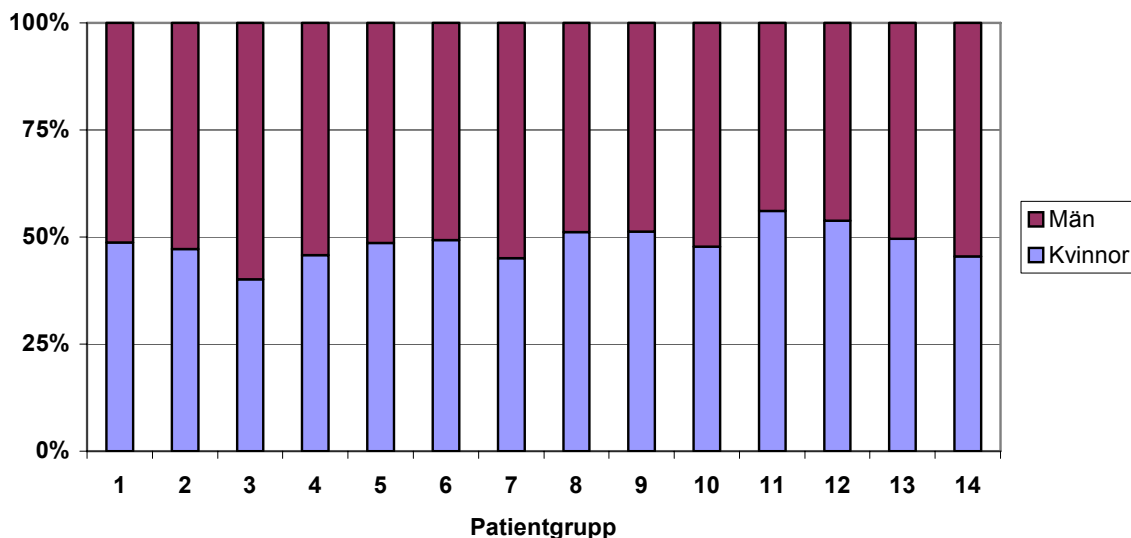
Figur 2. Den procentuella fördelningen mellan kvinnor och män bland dem som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling år 2005. Källa: SKL

Skillnaden mellan könen är störst i grupp 13, behandling av patienter med Sjögrens syndrom. Betydligt fler kvinnor än män behandlas inom denna grupp. Andra grupper där kvinnor är överrepresenterade är grupperna 11 och 12, utbyte av tandfyllningar, grupp 8, patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen, grupp 10, behandling vid extrem tandvårdsrädsla samt grupp 2, behandling på grund av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.

I grupp 9, patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné, är förhållandet det omvända – fler män än kvinnor har fått behandling. Detsamma gäller för grupp 4, infektionssanering av patient som skall genomgå vissa kirurgiska ingrepp, för grupp 7, patienter som genomgår strålbehandling i öron- näs- hals- mun- eller halsregionen och för grupp 14, patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.

I grupp 3, behandling vid tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall är könsfördelningen jämn.

Figur 3 visar relationen mellan kostnaden per behandlad för kvinnor respektive män. Diagrammet visar att kostnaden per behandlad i de olika patientgrupperna är tämligen jämt fördelad mellan kvinnor och män.



Figur 3. Relationen mellan kostnaden per behandlad för kvinnor och män för dem som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling år 2005. Källa: SKL

Generella frågor och svar om tandvårdsstödet

Är dokumentationen tillräcklig?

Av de *tandläkare* som besvarade enkäten anser 79 procent att den dokumentation som finns, dvs. Socialstyrelsens Meddelandeblad och landstingets lokala anvisningar, ger dem tillräckligt stöd i tillämpningen av reglerna för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppfattningen varierar dock mellan de olika landstingsområdena. I sex landstingsområden ansåg t.ex. samtliga tandläkare som besvarade enkäten att dokumentationen gav dem tillräckligt stöd medan bara drygt hälften tyckte så i tre andra landsting. I ett annat landstingsområde ansåg endast tre av åtta tandläkare som besvarat frågan att dokumentationen gav dem tillräckligt stöd.

Bland de 21 procent av *tandläkarna* som svarade att de inte tyckte att dokumentationen gav dem tillräckligt stöd, gavs bland annat kommentarer som att Meddelandebladet är för komplicerat skrivet för att man som vårdgivare skall kunna ta till sig informationen. Några tandläkare svarade att det är för många sjukdomsgrupper att hålla reda på. Förutom landstingens tandvårdsstöd skall man hålla reda på ytterligare tre komplicerade system inom tandvårdsförsäkringen. Någon tandläkare ansåg att Meddelandebladet ger landstingen för stort tolkningsutrymme. Flera tandläkare framförde att ett enklare, rakare och tydligare regelverk vore att föredra. En av kommentarerna är representativ för vad flera tandläkare framfört på olika sätt. ”Risken är stor att vårdgivarna drunknar i snåriga och svårtolkade bestämmelser som inte gagnar någon”.

Är patienterna nöjda?

På frågan till *tandläkarna* om de upplever att patienterna är nöjda med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, svarade 87 procent att patienterna är nöjda. Bland de 13 procent av tandläkarna som svarade nej på frågan, angavs bl.a. att patienter med Sjögrens syndrom har fått en markant försämring efter ändringen av bestämmelserna den 1 januari 2000 och att dessa därför är missnöjda. Cancerpatienter känner sig snålt behandlade genom att de inte får borttagna tänder ersatta med kronor eller proteser. Få eller nästan inga tandvårdsrädda ansågs få ta del av stödet. Ett annat skäl till missnöjet som framförs är att det är pedagogiskt svårt att förklara för patienten vilka behandlingsåtgärder som betalas och vilka som faller utanför stödet.

I en *telefonintervju* med patientföreträdarna i referensgruppen ställdes samma fråga. Företrädaren för Reumatikerförbundet framförde att det troligtvis finns patienter som är nöjda med den tandvård som de har fått inom ramen för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling men dessa patienter hör aldrig av sig till förbundet.

Tandvårdsskadeförbundets företrädare framförde att många av deras medlemmar får avslag när landstingen bedömer behandlingsförslagen och många gånger ändras behandlingsförslagen. Detta upplever inte medlemmarna som något positivt.

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund framför att deras medlemmar är allt annat än nöjda. Ofta innebär infektionssaneringen att tänder lagas med provisoriska fyllningar och att tänder tas bort men inte ersätts med nya.

Erbjuds tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Tandläkarna fick frågan om det händer att de inte erbjuder tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Tolv procent svarade ja på denna fråga. Dessa tandläkare finns representerade i tretton av tjugoen landsting och lika många av dem finns inom privat som offentlig verksamhet.

Några exempel på orsaken till varför man inte alltid erbjuder tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling är t.ex. att för vissa patienter betalas bara undersökning och röntgen. ”Ibland kan tiden för administrationen bli så omfattande att det är orimligt att få ekonomin att gå ihop”, säger någon. ”Byråkratisk handläggning, obegripliga regler, omfattande och tidsödande ansökan, dessutom låg betalning för utförd behandling”, säger ytterligare en tandläkare. Någon anser att osäkerheten om en patient omfattas av stödet eller inte, kan vara orsaken till att man avstår från att erbjuda det. ”Behandlingen betalas enligt folktandvårdens prislista vilket gör att dessa patienter går med kraftigt underskott, sett till den totala tidsåtgången för varje patient”, svarar ytterligare en tandläkare. ”Är det verkligen den enskilde tandläkarens uppgift att utreda om patienten tillhör någon av dessa grupper? Om det är så, har informationen till tandläkarna varit dålig”, framför en av tandläkarna.

I en *telefonintervju* med de två tandläkarföreträdarna i projektets referensgrupp ställdes frågan vad de tror är anledningen till att det finns tandläkare som aldrig behandlar någon patient inom tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Båda tandläkarföreträdarna framförde att tandläkarna generellt inte har tillräckliga kunskaper om tandvårdsstödet. Dessutom kan

det vara rädslan för krånglig och omfattande administration som avskräcker. Ibland kan det vara enklare att komma överens med patienten om en annan ekonomisk lösning för att slippa all administration.

I *telefonintervju* med patientföreträdarna i referensgruppen ställdes frågan: Händer det, som du känner till, att patienter inte erbjuds tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling? Samtliga tre företrädare svarade ja på frågan. Reumatikerförbundet angav som skäl att varken tandläkarna, läkarna eller patienterna har tillräckliga kunskaper om tandvårdsstödet och att det finns tandläkare som anser att den ekonomiska ersättningen inte är tillräcklig.

Tandvårdsskadeförbundet framförde att det har uppfattningen att tandläkarna inte har tillräcklig information om tandvårdsstödet. Förutom att det är ett omfattande arbete för både tandläkare och patient att skaffa fram alla papper som är nödvändiga för att behandlingsförslaget skall kunna bedömas av landstinget, är det också kostsamt. Landstinget gör kanske bedömningen att patienten inte omfattas av stödet – vem skall då stå för kostnaderna. Många patienter har helt enkelt inte råd med denna chansning, framför Tandvårdsskadeförbundet.

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund framförde att de tror att tandläkarna tycker att tandvårdsstödet är komplicerat och att det tar mycket kraft och tid, därför erbjuds det inte alltid till patienterna. Det är också otydligt vem som egentligen har informationsansvaret gentemot patienterna, läkaren, tandläkaren eller patientorganisationerna.

Är det svårt att få tandvården utförd?

Landstingens *beställare* fick besvara frågan om det finns svårigheter att få tandläkare inom folktandvården att utföra tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Ja, svarade en beställare och nej svarar resterande tjugo. Den beställare som svarade ja, angav att det finns brist på resurser för patienter som utreds för allvarlig sömnapné.

På samma fråga gällande privattandvården, svarade sju beställare ja och fjorton nej. Några av beställarna som svarat ja, framför att det finns privata vårdgivare som inte accepterar att folktandvårdens prislista tillämpas. Ibland vill tandläkaren ta ut en ”mellanskillnadsbetalning” av patienten, då de anser att ersättningen är för låg. Utöver den av landstinget fastställda patientavgiften begär tandläkaren betalning för mellanskillnaden mellan folktandvårdens prislista och sin egen.

På *beställarkonferensen* var uppfattningen att ganska många tandläkare tar extra betalt av patienterna – framförallt i storstäderna.

I en *skrivelse* till Socialstyrelsen framför Reumatikerförbundet att många patienter med Sjögrens syndrom får betala mellanskillnaden mellan folktandvårdens prislista och privattandläkarens prislista. Patienterna känner inte till att detta inte är tillåtet, tillägger man i skrivelsen.

Beställarna fick också frågan om de känner till, om det finns situationer, när patienter inte erbjuds tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, trots att de omfattas av stödet? Åtta beställare svarade ja och tretton svarade nej. Bland dem som svarade ja, framkom bl.a. att många tandläkare inte känner till stödet tillräckligt bra, inte heller läkarna gör det och förmodligen

inte heller patienterna. På denna fråga nämns också den för låga ersättning-
en som en av orsakerna till att tandläkare inte erbjuder stödet.

I *telefonintervjun* med patientföreträdarna fick de besvara frågan: Är tandvårdsstödet känt bland dem som omfattas av det? Samtliga tre företrädare svarade nej på frågan.

Reumatikerförbundet svarar att det råder stor oklarhet om när landstingens ersättningsystem gäller och när Försäkringskassans ersättningsystem gäller. Många patienter får ingen information av sina läkare om att tandvårdsstödet finns. Landstingens information på Internet är inte lätt att hitta, framförallt inte för en ovan datoranvändare. Många patienter ringer till Reumatikerförbundet för att fråga. Reumatikerförbundet anser att både tandläkare och läkare behöver mer information om tandvårdsstödet. Dessutom framförs att både mer och bättre samarbete önskas mellan landstingen och de olika reumatikerdistrikten och med brukarorganisationerna.

Tandvårdsskadeförbundet anser att tandläkare och läkare inte har tillräcklig information. Riktad information till dessa yrkesgrupper föreslås samt bättre information om tandvårdsstödet till allmänheten.

Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund anser att någon informationsansvarig måste "pekas ut" som tar det övergripande ansvaret för denna fråga. Patientorganisationerna borde ta ett större ansvar gentemot sina medlemmar. Bra information skall finnas på patientorganisationernas hemsidor. I medlemstidningar kan information om tandvårdsstödet upprepas med jämna mellanrum. Patientorganisationerna behöver hjälp med att ta fram korrekt information.

Bör fler patientgrupper omfattas?

Både *beställarna* och *tandläkarna* fick frågan om de ansåg att någon ytterligare patientgrupp bör få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Arton beställare svarar att de anser det och 49 procent av tandläkarna.

Hälften av *beställarna* föreslår att alla patienter som är muntorra på grund av långvarig sjukdom och medicinering skall ingå i tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Dessa patientgrupper hanteras idag av Försäkringskassan utom de som har Sjögrens syndrom eller är muntorra på grund av strålbehandling. Ytterligare grupper som *beställarna* föreslår och som idag hanteras av Försäkringskassan är t.ex. patienter med ätstörningar, patienter med mag- och tarmsjukdomar och patienter med livslång infektionskänslighet. Dessutom föreslås att akutbehandling vid infektion/inflammation skall vara tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

En beställare förtydligar sitt svar med att det vore önskvärt att inte ha två parallella system, där skiljelinjen går mellan led i sjukdomsbehandling under begränsad tid och tandvård vid kroniska, varaktiga tillstånd. En annan beställare ger kommentaren att patientens behov skall vara vägledande för stödet, inte specifika diagnoser. Alla med samma problembild bör ha samma offentliga stöd.

I Västra Götaland ges redan idag ett extra stöd åt patienter med ätstörningar, patienter med extrem muntorrhet av andra orsaker än Sjögrens syndrom eller strålbehandling, patienter med mag- och tarmsjukdom samt yngre patienter med svårbehandlad tandlossningssjukdom. Motiveringen till att

man där har tagit med nya grupper uppges vara att det finns ekonomiskt utrymme och en politisk välvilja, att behovet är stort och att förslaget fanns med i slutbetänkandet Tandvård till 2010.

Tandläkarna föreslår på olika sätt och i varierande omfattning i stort sett samma nya patientgrupper som beställarna föreslår. Denna uppfattning förstärks av synpunkter som framförts i flera skrivelser till Socialstyrelsen i denna fråga.

Hur prövas behandlingsförslagen?

I Tandvårdsförordningen anges generellt att innan en vårdgivare inleder en behandling, skall behandlingsförslaget prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Detta förfaringssätt tillämpar inte landstingen för alla fjorton grupperna. För grupperna 1, 2, 3, och 12 kräver samtliga landsting alltid förhandsbedömning. För övriga grupper görs ibland undantag. Undantagen kan t.ex. vara om behandlingskosten understiger ett visst belopp eller om behandlingen skall utföras av specialister eller sjukhustandläkare. Ibland skall båda dessa kriterier vara uppfyllda. Vid brådskande fall kan en del landsting godkänna efterhandsprövningar. Flera landsting kräver att remissen från läkaren alltid bifogas fakturan om inte förhandsbedömning tidigare har gjorts.

I genomsnitt avslås 13 procent av de insända behandlingsförslagen men det finns variationer mellan de olika patientgrupperna. I grupperna 4 och 9 avslås 5 procent av ärendena medan 32 procent avslås i grupp 5. De vanligaste skälen till avslag är att patienten inte tillhör personkretsen, t.ex. att missbildningen eller defekten är av ringa omfattning, att strålningen inte avser huvud- eller halsregionen eller att skadan inte har uppkommit vid ett epileptiskt anfall. Andra orsaker är att behandlingsförslagen inte avser *särskilda tandvårdsinsatser* utan åtgärder som inte omfattas av stödet. När remiss, intyg eller utredningsmaterial saknas, som styrker sambandet mellan patientens sjukdom och behovet av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling, avslås ärendena.

Både landstingens *beställare* och *tandläkarna* fick en fråga om handläggningstiderna respektive väntetiderna för kompletta förhandsbedömningar. Samtliga *beställare* svarade att handläggningstiden vanligtvis höll sig inom fyra veckor. Femton av dessa uppgav att handläggningstiden vanligtvis inte översteg två veckor. Av *tandläkarna* svarade 142 (84 procent) att väntetiden var högst fyra veckor. Tjugotre tandläkare svarade att de fick vänta 5-8 veckor på besked i ett bedömningsärende. Tre tandläkare svarade att de fick vänta längre än 8 veckor. Två tandläkare hade inte skickat något behandlingsförslag för bedömning.

De 14 patientgrupperna

För redovisning av resultatet av uppföljningen avseende de fjorton patientgrupperna hänvisas till bilaga 1. Resultatet har vägts in i rapportens slutsatser och förslag.

Landstingens egna uppföljningar

Landstingens *beställare* fick besvara frågan om de genomfört egna uppföljningar av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Sex landsting svarade ja på frågan. Nedan presenteras vilket område respektive landsting har följt upp.

Stockholm läns landsting

Stockholms läns landsting har följt upp om patienter som fått apnéskena blir bättre efter behandlingen. Resultatet presenteras i en rapport Patienters användande av apnéskena. Resultat av en enkätundersökning hösten 2001.

Landstinget Östergötland

Landstinget Östergötland har undersökt behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) vid tandvårdsfobi. Resultatet presenteras i Rapport KBT – behandling vid odontofobi – en studie i löpande klinisk verksamhet.

Landstinget Kronoberg

Landstinget Kronoberg har genomfört en uppföljning av grupp 10, behandling vid extrem tandvårdsrädsla. Uppföljningen avsåg åren 2002 – 2003.

Region Skåne

Region Skåne har genomfört en uppföljning av grupp 10, behandling vid extrem tandvårdsrädsla. Uppföljningen avsåg åren 2002 – 2003.

Landstinget Dalarna

Landstinget Dalarna har följt upp om patienter som får apnéskena blir bättre efter behandlingen. Resultatet presenteras i en rapport Patienters användande av apnéskena – resultatet av en enkätundersökning i Landstinget Dalarna, våren 2006.

Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns landsting har följt upp utförda åtgärder, patientavgiftens fördelning och materialkostnad vid tandvård som utförs inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Uppföljningen avsåg år 2002.

Slutsatser och förslag

En bra reform som kan bli bättre

Syftet med 1999 års tandvårdsreform när det gäller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling var att en eventuell medicinsk behandling inte skall behöva ställas in eller få sämre förutsättningar beroende på vilken tandvård patienten har råd att betala. Under år 2005 fick cirka 33 000 patienter del av stödet. Antalet behandlade patienter har varit relativt konstant under de senaste åren. Relateras antalet behandlade patienter till invånarantalet är variationerna mellan landstingsområdena dock stora. Patienter som har fått del av stödet är enligt tandläkarna oftast nöjda, men ibland blir de besvikna över att det bara är vissa tandvårdsinsatser som omfattas och inte alla. Uppföljningen visar också att fler personer bör få del av stödet och att det finns förbättringsområden. Bland annat behöver stödet göras mera känt. Regelverket behöver förtydligas, förenklas och tillämpningen bör bli enhetligare över hela landet.

Patientperspektivet

Socialstyrelsen anser att variationerna mellan landstingen när det gäller utnyttjandet av förmånerna är alltför stora. Det finns stora skillnader mellan de olika landstingen avseende hur stor andel av befolkningen som fått del av stödet. Jämförs antalet behandlade per 10 000 bosatta som är 20 år och äldre, varierar antalet mellan 26 och 76 personer. Riksgenomsnittet är 48 personer per 10 000 bosatta. Uppföljningen ger inget direkt svar på anledningen till variationerna.

Hälften av landstingen uppger att det inte finns tillräckligt med legitimerade psykologer, psykoterapeuter eller legitimerade psykiatriker som medverkar i behandlingen av grupp 10, behandling vid extrem tandvårdsrädsla. Detta förhållande begränsar självfallet utbudet för patienter som behöver hjälp med sin extrema tandvårdsrädsla. Resursbrist finns också i ett landstingsområde avseende grupp 9, patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné. Sett till förekomst och sjukdomsutveckling för munhåle-cancer borde ytterligare, minst ett par hundra patienter få sin behandling ersatt inom tandvårdsstödet inom grupp 14, patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling. I grupp 7, patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun-, eller halsregion, bedöms däremot antalet patienter som årligen får behandling inom tandvårdsstödet bättre stämma överens med sjukdomsförekomsten.

Uppföljningen visar att det finns tandläkare som inte erbjuder tandvårdsstödet till sina patienter. Detta beror på att de inte är tillräckligt insatta i regelverket, att de anser att administrationen är för omfattande och komplicerad och att de anser att betalningen från landstinget är för låg. Framförallt är det inom privattandvården som man anser att betalningen är för låg.

Könsskillnader

Socialstyrelsen gör bedömningen att de könsskillnader som finns i de olika grupperna när det gäller utnyttjandet och som redovisas i rapporten, överensstämmer med de skillnader som redovisas i epidemiologiska studier eller register för motsvarande sjukdomar avseende förekomst och sjukdomsutveckling.

Tandvårdsstödet patientgrupper är relaterade till vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar. Inom vissa grupper är sjukdomsförekomsten ojämnt fördelad mellan kvinnor och män. Reumatiska sjukdomar har två till tre gånger högre förekomst bland kvinnor. Dessa patienter förekommer i grupp 2, tandvårdsbehandling till följd av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet och i grupp 8, patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen. Allergier, hudsjukdomar och slemhinneförändringar är fyra till fem gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Dessa patienter ingår i grupp 11, utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material. Den största skillnaden finns vid Sjögrens syndrom, grupp 13, där förhållandet mellan kvinnor och män är 9:1. Detta överensstämmer med sjukdomens fördelning bland befolkningen – 90 procent av de diagnostiserade fallen är kvinnor.

Män är överrepresenterade vid hjärt- och kärlsjukdom, grupp 4 och oral cancer, grupp 7 samt grupp 14. För dessa fall är förhållandet mellan män och kvinnor 2:1. När det gäller extrem tandvårdsrädsla, grupp 10 och vid byte av tandfyllningar som ett led i medicinsk rehabilitering, grupp 12, är dock andelen behandlade kvinnor mycket högre, vilket sannolikt kan förklaras av det inom övrig hälso- och sjukvård vanliga mönstret, dvs. att kvinnor i högre grad än män söker för utredning och behandling.

Nöjda patienter?

Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvårdens avgiftssystem även i fortsättningen enbart bör gälla sådana särskilda åtgärder som har samband med sjukdom eller funktionshinder.

En stor andel av tandläkarna svarar att de upplever att patienterna är nöjda med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, men det finns tandläkare som tycker att det är pedagogiskt svårt att förklara för patienterna vilka behandlingsåtgärder som betalas och vilka som inte betalas och varför det är så. Patienterna har svårt att förstå och acceptera att det enbart är de särskilda tandvårdsinsatserna som erfordras för att den medicinska behandlingen skall kunna genomföras, som får betalas med hälso- och sjukvårdsavgift. Tandläkarna ger några exempel på sådant som patienterna inte är nöjda med, t.ex. att patienter med Sjögrens syndrom har fått en markant försämring, tidigare fick de all tandvård ersatt av Försäkringskassan. Man påtalar också att nästan inga tandvårdsrädda får del av stödet. En del av förklaringen till detta torde vara att enbart de med extrem tandvårdsrädsla omfattas av stödet. Omkring 1 700 personer fick dock behandling år 2005.

Från patientorganisationerna framförs att vid infektionssanering inför kirurgiska ingrepp t.ex. organtransplantation, byte av hjärtklaffar m.m., tas inte sällan tänder bort utan att tandvårdsstödet utgår för att ersätta tänderna med permanenta kronor eller broar. Samma villkor gäller för tandfyllningar

där provisoriska fyllningar betalas men inte permanenta. Många patienter tycker att denna tillämpning av regelverket är otidsenlig. Eftersom endast de särskilda tandvårdsinsatserna betalas, blir ibland de ekonomiska konsekvenserna drastiska för patienterna. De behandlingsåtgärder som inte omfattas av landstingens tandvårdsstöd betalar patienten nämligen för som andra vuxna och ersättning utgår enligt tandvårdsförsäkringens regler. Socialstyrelsen har stor förståelse för att enskilda patienter kan uppleva detta som orättvist. En ändring av tandvårdsstödet skulle emellertid både leda till ökade kostnader och till nya gränsdragningsproblem.

Uppföljningen visar dock att flera landsting tillämpar en generösare praxis än vad som anges i Socialstyrelsens Meddelandeblad för grupp 4, infektionssanering inför kirurgiska ingrepp. Främst är det permanenta fyllningar som betalas inom tandvårdsstödet istället för enbart provisoriska.

Betalning utöver vårdavgiften

Socialstyrelsen anser att det inte är acceptabelt att det finns vårdgivare som begär mer betalt av patienten än den fastställda vårdavgiften. Ett förtydligande i tandvårdslagen behövs om att ett sådant förfarande inte är tillåtet.

Det är inte ovanligt att patienter med Sjögrens syndrom får betala mellanskillnaden mellan folktandvårdens priser och privattandläkarens priser. Det förekommer även i andra fall att s.k. mellanskillnadsbetalning tillämpas. En förklaring kan vara att för sådan vård som ersätts av tandvårdsförsäkring, är det tillåtet för privattandläkare att begära högre arvode av patienten än vad som ersätts av Försäkringskassan där ersättningsbeloppet i vissa fall är knutet till folktandvårdens priser. Patienten är däremot enligt hälso- och sjukvårdslagen, 26 a § befriad från att erlägga ytterligare avgifter utöver de lagstadgade för sådan tandvård som betalas med öppenvårdsavgift.

Kunskap och information

Socialstyrelsen anser att informationen till patienterna om tandvårdsstödet behöver förbättras. Huvudansvaret för detta ligger hos landstingen. Vårdgivar- och patientorganisationerna har också en viktig uppgift att informera sina medlemmar.

De regler som gäller för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling är inte tillräckligt kända bland patienterna och tandläkarna. Om patienterna själva känner till att stödet finns, kan de efterfråga det i större utsträckning än idag. De kan be läkaren om ett intyg som t.ex. styrker att de har Sjögrens syndrom eller att de har genomgått strålbehandling mot huvud- eller halsregionen, som de sedan tar med när de besöker tandläkaren. Om patienterna har bättre kunskaper om vad tandvårdsstödet omfattar, kommer förväntningarna på stödet också bli mer realistiska än vad som ofta är fallet idag. Landstingens beställare bör i högre grad informera patientorganisationerna om tandvårdsstödet. Landstingen tillsammans bör också ta fram en enhetlig information som patientorganisationerna kan använda i sitt informationsarbete.

På landstingens hemsidor finns ofta information om hela tandvårdsreformen men patienterna tycker att det är svårt att hitta denna. Trots att det är landstingen och inte deras folktandvård som har ansvaret för reformen, sö-

ker många personer efter informationen enbart på folktandvårdens hemsidor istället för på landstingens. Socialstyrelsen anser att informationen måste göras mer lättillgänglig. Exempelvis kan det i högre grad än idag finnas hänvisningar och länkar från andras hemsidor till landstingens och en gemensam portal på Internet med länkar till de olika landstingen.

På flera sätt framkommer det i uppföljningen att inte heller tandläkarna har tillräcklig information om tandvårdsstödet. Det framkommer också att man tycker att läkarna borde veta mer om tandvårdsstödet än vad de gör. Socialstyrelsen anser dock att det är tandläkarna och tandhygienisterna som skall ha sådan kunskap om stödet att de alltid erbjuder det till dem som kan tänkas omfattas av det. Läkarna som remitterar patienter till tandvården av olika skäl, skall inte behöva hålla reda på i vilket betalningssystem patientens behandling kan tänkas ingå – det är en uppgift för tandvården. Läkaren skall ha kunskap om när en patient skall remitteras till tandvården.

För att nå ut till tandläkarna och till tandhygienisterna med information om tandvårdsstödet föreslår Socialstyrelsen att möjligheterna till samarbete mellan landstingen, Sveriges Tandläkarförbund och Sveriges Tandhygienistförening prövas både på lokal och på nationell nivå. Tandläkartidningen, Läkartidningen och Tandhygienisttidningen kan också vara bra informationskanaler.

Vårdgivarperspektivet

Patienterna får enligt tandvårdslagen själva välja vårdgivare inom den offentliga eller privata sektorn för att få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. I en del fall kräver emellertid den tandvård som i dessa fall behövs särskilda kunskaper och erfarenheter som främst finns inom folktandvårdens s.k. sjukhustandvård. Ungefär två tredjedelar av de patienter som får tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling får den utförd hos folktandvården. En knapp tredjedel får den utförd hos privattandvården och resterande vid någon av landets tandläkarhögskolor.

Två system bör bli ett

Socialstyrelsen anser att både särskilda tandvårdsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid och tandvård som är en följd av ett ökat behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder bör betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Uppföljningen visar att det finns tandläkare som avstår från att erbjuda stödet, bl.a. för att den omfattande och krångliga administrationen avskräcker dem och för att de tycker att betalningen från landstinget är för låg. Uppfattningen bland tandläkarna är också att det är för många ersättningsystem att hålla reda på.

Det finns två olika ekonomiska stöd för tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder, ett som landstingen har ansvaret för och ett som Försäkringskassan har ansvaret för. Den ekonomiska förmånen för patienten är mindre i Försäkringskassans system än i landstingens. Tandläkarna tycker det är svårt att veta vilket av systemen som gäller för en viss patient. När dessutom inte all tandvård omfattas i något av systemen utan bara de särskilda tandvårdsinsatserna som är ett led i sjukdomsbehandlingen i det

ena och det förhöjda tandvårdsbehovet som orsakats av den långvariga sjukdomen i det andra, blir det ännu svårare att förstå och förklara.

Uppföljningen visar också att merparten av landstingens beställare och många tandläkare anser att fler patientgrupper skall omfattas av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Dessa grupper sammanfaller i stor utsträckning med de grupper som idag omfattas av Försäkringskassans ansvar.

I slutbetänkandet Tandvård till 2010 framhålls att de två systemen upplevs som svårförståeliga, ologiska och orättvisa både för patienter och för vårdgivare. Dessutom leder de båda systemen till omfattande administration. I slutbetänkandet föreslår utredningen att landstingens ansvar även skall omfatta all tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov på grund av sjukdom eller funktionshinder och att den skall betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen tillstyrkte förslaget i sitt remissvar. Fortfarande finns de två systemen kvar.

Socialstyrelsen vill med anledning av uppföljningsresultatet åter lyfta fram förslaget om att låta landstingens ansvar omfatta båda tandvårdssystemen. Vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård bör gälla för de särskilda tandvårdsinsatserna och för det förhöjda tandvårdsbehovet som orsakats av den långvariga sjukdomen. Därmed ökar tydligheten för patienterna och ersättningsreglerna blir mer rättvisa för alla personer med sjukdom eller funktionshinder. Det förenklar också för vårdgivarna, vilket i slutändan även gynnar patienterna.

Eftersom förmånen för patienten är generösare i landstingens tandvårdstöd än i Försäkringskassans, kommer en eventuell sammanslagning av de båda stödformerna innebära, att kostnaden för landstingen blir större än den kostnad Försäkringskassan har idag för detta tandvårdstöd. En eventuell sammanslagning av de två systemen och vilka ytterligare konsekvenser en sådan sammanslagning får, ligger inte inom ramen för denna uppföljning. Ett utredningsarbete bör påbörjas snarast.

Förhandsbedömningar

Landstingen bör själva få avgöra i vilka fall förhandsbedömning av behandlingsförslagen skall göras. Det måste klarläggas hur patienten skall betala i situationer där landstinget i efterhand konstaterar att hälso- och sjukvårdens avgiftssystem inte skulle ha tillämpats utan tandvårdsförsäkringens.

Tandvårdsförordningen anger generellt att innan en vårdgivare inleder en behandling skall behandlingsförslaget prövas av det landsting inom vars område patienten är bosatt. Detta förfaringsätt tillämpar inte landstingen för samtliga fjorton patientgrupper utan endast för fyra av dem. För resterande grupper görs ibland undantag t.ex. om behandlingens kostnad understiger ett visst belopp eller om behandlingen skall utföras av specialist eller sjukhustandläkare. Vid brådskande fall kan en del landsting godkänna efterhandsprövningar.

Socialstyrelsen anser att tandvårdsförordningen bör ändras så att landstingen själva får avgöra när förhandsbedömning skall göras. Landstingen bör överväga möjligheten att i större omfattning än idag begränsa förhandsbedömningarna till att omfatta enbart de mest svårbedömda fallen. Detta

skulle frigöra resurser hos landstingen som istället kan användas för efterhandskontroller. En sådan åtgärd skulle också leda till en enklare hantering för vårdgivarna, vilket också gynnar patienterna. Socialstyrelsen inser att det finns en risk med detta förfaringssätt. Om vården utförs på patienten och landstinget därefter gör bedömningen att vården inte är tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling – vem står då för kostnaden? Ur rättssäkerhetssynpunkt är förhandsbedömningen en trygghet både för patienten och för tandläkaren.

En annan möjlighet är att tillämpa ett certifieringssystem. Tandläkare, som har visat att de följer regelverket genom att de sällan eller aldrig får avslag på sina behandlingsförslag, kan få ett certifikat av landstinget som ger dem tillåtelse att utföra och fakturera vård utan föregående prövning. Certifikatet kan vara tidsbegränsat och omprövas. I ett sådant system skulle tandläkaren själv kunna ta risken och stå för kostnaden om landstinget i efterhand bedömer att behandlingen inte omfattas av tandvårdstödet. Fördelar och eventuella nackdelar med att begränsa förhandsbedömningarna måste dock övervägas samt rättsläget klargöras om landstinget inte ersätter vården.

Landstingens handläggningstider för kompletta behandlingsförslag överstiger sällan fyra veckor. Två tredjedelar av landstingen har dessutom inte längre handläggningstid än två veckor. Socialstyrelsen anser att landstingens handläggningstider är godtagbara.

Samhällsperspektivet

Det är otillfredsställande att landsting som har lägre kostnader än statsbidraget likväl tillämpar en restriktivare praxis än vad som anges i Meddelandebladet. Sju av nio landsting, som svarat att de tillämpar restriktivare praxis för en eller flera grupper, uppvisar ett ekonomiskt överskott. Socialstyrelsen konstaterar att alla landsting utom fyra uppvisar ett ekonomiskt överskott.

Skillnaderna mellan de olika landstingen avseende kostnaderna för reformen är stora. Bland annat kan detta bero på den osäkerhet som fanns i landstingen om mer pengar skulle tillföras reformen som kompensation för kostnadsökningarna åren 1999-2003. Detta ledde till att en del landsting drog ner på verksamheten och var mer återhållsamma än de behövde vara. Effekten av åtstramningarna blev större än vad som kunde förutses. Landstingen fick kompensation för kostnadsökningarna som ett engångsbelopp förts år 2004. Ytterligare skäl till de stora skillnaderna mellan landstingens kostnader kan vara att kostnaderna för uppsökande verksamhet varit olika stora beroende på resultaten av landstingens upphandlingar.

De under åren 1999-2005 samlade bidragen från staten för tandvårdsreformen i sin helhet, dvs. för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, översteg landstingens kostnader med 408 miljoner vid utgången av år 2005. Statsbidraget har aldrig särredovisats för de olika verksamheterna utan utbetalats för reformen i sin helhet. Det är därför svårt att säga vilken eller vilka av tandvårdsreformens olika verksamheter som överskottet hänför sig till. År 2005 var det ekonomiska överskottet för hela reformen 142 miljoner kronor.

Av resultatredovisningen för varje patientgrupp, bilaga 1, framgår att landstingen oftast följer Meddelandebladet vid tillämningen av tandvårds-

stödet. Det finns också landsting som, för en eller flera grupper, tillämpar en generösare praxis. Ett landsting har till och med utökat antalet patientgrupper med fyra nya grupper som också omfattas av stödet. En restriktivare praxis tillämpas för vissa patientgrupper och av vissa landsting. Den restriktivare praxisen tillämpas dock i mindre omfattning än den generösare.

En helt likartad tillämpning i hela landet av reformens regelverk går inte att uppnå, vilket inte heller var avsikten när landstingen fick ansvaret för det särskilda tandvårdsstödet. Varje landsting ansvarar inom ramen för det kommunala självstyret för de angelägenheter som anges i kommunallagen (1991:900) [16] eller i särskilda föreskrifter. Socialstyrelsen anser dock att tillämpningen av tandvårdsstödet så långt som möjligt bör vara lika över hela landet. De konferenser som Sveriges Kommuner och Landsting anordnar två gånger om året för de tjänstemän inom landstingen som handlägger tandvårdsstödet är därför viktiga och nödvändiga för att uppnå enhetligare tillämpningar.

Endast sex landsting har visat att de genomfört någon egen uppföljning av verksamheten. Socialstyrelsen anser att landstingen i alltför liten omfattning genomför egna uppföljningar av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

Lag, förordning och Meddelandeblad

Socialstyrelsen anser att ett tydligare och bindande regelverk behövs för landstingens tandvårdsstöd för att åstadkomma enhetligare tillämpning av stödet över hela landet.

Landstingens beställare fick för varje patientgrupp svara på frågan om Socialstyrelsens Meddelandebladet stöder dem tillräckligt i tillämpningen av tandvårdsstödet. Uppföljningen visar bl.a. på behov av förtydliganden och förändringar i Meddelandebladet, vilket framgår av rapportens bilaga 1. Även bestämmelserna i tandvårdsförordningen behöver omarbetas för att anpassa till den praxis som successivt vuxit fram.

Tandläkarna fick i enkäten besvara frågan om de tyckte att den vägledning som finns, dvs. Socialstyrelsens Meddelandeblad och landstingens lokala anvisningar, ger dem tillräckligt stöd i tillämpningen av reglerna för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Omkring åttio procent av tandläkarna svarade att den vägledning som ges i Meddelandebladet och i de lokala anvisningarna ger dem tillräckligt stöd. De tandläkare som inte är nöjda, tycker bl.a. att det bakomliggande regelverket är svår tolkat och att det är för många olika regler att hålla reda på. Enklare, tydligare och rakare regelverk, framförs som ett önskemål.

Tandvårdsförordningen behöver förändras och förtydligas i enlighet med förslag i föreliggande rapport för att tandvårdsstödet skall få en enhetligare tillämpning över hela landet. Regeringens tidigare uttalade avsikt att ge Socialstyrelsen bemyndigande att utfärda föreskrifter och allmänna råd av tillämpningen av lagen och förordningen bör fullföljas.

Vid en kommande omarbetning av regelverket utgör de synpunkter och förslag som framkommit vid uppföljningen ett värdefullt underlag. I bilaga 1 till rapporten, finns detaljerade synpunkter och förslag för var och en av de fjorton patientgrupperna.

Referenser

- SFS 1985:125. Tandvårdslag.
- SFS 1998:1338. Tandvårdsförordning.
- Ds 1997:16. Tandvårdsförsäkring i omvandling. Rapport från arbetsgruppen för omstrukturering av tandvårdsförsäkringen.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.
- SOU 1998:2. Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård. Betänkande av utredningen Ny inriktning på tandvårdsförsäkringen.
- Prop. 1997/98:112. Regeringens proposition Reformerat tandvårdsstöd.
- SFS 1962:381. Lag om allmän försäkring.
- SFS 1998:1337. Förordning om tandvårdstaxa.
- SOU 2002:53. Tandvården till 2010, slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000.
- Prop. 2006/07:1. Budgetproposition 2007, utgiftsområde 9.
- Dir. 2006:112. Tilläggsdirektiv till utredning om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna (S 2005:08).
- 02-5061/98. Rapport från arbetsgrupp med uppgift att beskriva vilken tandvård som skall anses vara led i en sjukdomsbehandling. Socialstyrelsen september 1998.
- 52-13493/99. Rapport från arbetsgrupp med uppgift att förbereda landstingens övertagande av kostnadsansvaret för tandvård till patienter som på grund av Sjögrens syndrom eller strålbehandling har nedsatt salivfunktion. Socialstyrelsen december 1999.
- 2004-126-6. Meddelandeblad. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård. Socialstyrelsen mars 2004.
- 2001-125-33. Uppföljning av landstingens tandvård enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning. Rapport från Socialstyrelsen år 2001.
- SFS 1991:900. Kommunallag.

Bilagor

Resultat för de 14 patientgrupperna

Grupp 1. Tandvårdsbehandling till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.

Sju landstings *beställare* anser att Socialstyrelsens Meddelandeblad inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 1. Det är framförallt begreppet ”ej ringa omfattning” som behöver förtydligas avseende bettavvikelser och emaljskador. Tydligare skrivningar önskas om vilka diagnoser som omfattas. *Tandläkarna* svarar bl.a. att syftet med gruppen är oklart, området bör ses över. Riktlinjer för bedömning inom denna grupp bör komma från Socialstyrelsen och vara rikstäckande.

Sju landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och fjorton svarar att de tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Bland annat betalas behandlingen vid enstaka eller två aplasier (avsaknad av tandanlag) i framtandsområdet. Inget landsting tillämpar en restriktivare praxis.

Enligt tandvårdsförordningen skall behandling utföras vid klinik för specialisttandvård eller av tandläkare med specialistkompetens och i undantagsfall bör vården kunna utföras av allmäntandläkare. Tjugo landsting följer inte detta krav. Tolv landsting svarar att specialister konsulteras, alternativt att specialister utreder och planerar vården. Därefter genomförs vården i samarbete mellan specialist- och allmäntandläkare. Åtta landsting svarar att protetikbehandling vid enstaka aplasier eller mindre omfattande defekter eller konventionell tandvård, kan utföras av allmäntandläkare utan specialistmedverkan.

Grupp 2. Tandvårdsbehandling på grund av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.

Femton landstings *beställare* anser att Socialstyrelsens Meddelandeblad inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 2. Begreppen ”inflammatoriska processer” och ”defekt” behöver förtydligas, t.ex. hur stor defekten skall vara för att omfattas av stödet. I Meddelandebladet anges att reumatoid artrit kan vara en sjukdom som kan leda till sådana defekter som avses. Här föreslår flera *beställare* och *tandläkare i enkätsvaren* att det istället bör stå reumatiska sjukdomar.

Arton landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och två svarar att de tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Bland annat betalas bettfysiologisk behandling vid inflammatoriska processer utan påvisbar defekt. Ett landsting tillämpar restriktivare praxis. Där betalas inte behandling vid defekt på grund av inflammatoriska processer

för att undvika att bedefekt orsakad av parodontit (inflammatorisk tandlossningssjukdom) skall ingå.

Enligt tandvårdsförordningen skall behandling utföras vid klinik för specialisttandvård eller av tandläkare med specialistkompetens och i undantagsfall bör vården kunna utföras av allmäntandläkare. Nio landsting följer inte detta krav. Motiven är desamma som för grupp 1. Både *beställarna* och *tandläkarna* framför i enkätsvaren att det råder oklarhet om patienter, som får långvarig behandling av en defekt orsakad av bisfosfonatbehandling, kan ingå i denna grupp.

På *beställarkonferensen* framfördes synpunkter på att specialisterna i bettfysiologi ibland försöker få in alla sina smärtpatienter i denna grupp. Utredningen görs först i grupp 8, patienter med långvariga och smärtor i ansikts- eller käkregionen, och därefter fortsätter behandlingen i grupp 2.

Flera landsting har endast haft ett fåtal patienter i denna grupp.

Grupp 3. Behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.

Tjugo landstings *beställare* svarar att Meddelandebladet ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 3. Det landsting som inte tycker så, har inte kommenterat varför. Samtliga landsting svarar att de följer Meddelandebladet.

I Meddelandebladet eller tandvårdsförordningen finns det inget krav på att ett läkarintyg skall uppvisas vid behandling av patient i grupp 3 men tjugo landstings *beställare* svarar i enkäten att de alltid kräver ett läkarintyg. Vid *beställarkonferensen* nyanserades svaren med att landstingen inte alltid begär intyg på en och samma patient vid varje skada.

Sexton landsting har haft färre än tio patienter i denna grupp och inom ett av dessa landsting har inte behandlats någon patient i grupp 3 under år 2005. Ett landsting, som ligger påtagligt över riksgenomsnittet avseende antalet behandlade och påtagligt över riksgenomsnittet avseende kostnaden per behandlad patient, svarar att den höga kostnaden per patient beror på högt prisläge inom folktandvården.

Grupp 4. Infektionssanering av patienter som skall genomgå vissa kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.

Sju landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 4. Tydligare formuleringar av begreppet ”hög dos” i samband med cytostatikabehandling och tydligare formulering av vilka patientgrupper som omfattas, framförs som önskvärda ändringar. Flera *tandläkare* lyfter fram i enkätsvaren att det måste framgå av Meddelandebladet att patienter som skall genomgå stamcells- eller benmärgstransplantation också skall ingå i grupp 4. För dessa patienter krävs också fullständig infektionsfrihet i käkar och tänder före transplantationen.

I *telefonintervjun* med patientföreträdaren för Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund framförs att medlemmarna inte tycker det är acceptabelt att borttagna tänder inte ersätts med nya broar eller proteser utan patienten lämnas med tandluckor.

Tandhygienistföreträdaren i referensgruppen framför att begreppet ”parodontala ingrepp” behöver förtydligas i Meddelandebladet.

Tio landstings *beställare* följer Meddelandebladet och i åtta landsting tillämpas en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Vanligast är att man godkänner permanenta fyllningar istället för provisoriska. Ett landsting betalar regelbundna undersökningar eftersom väntetiden för transplantation ofta är lång. Ytterligare ett landsting betalar ibland broar som ertsas fast istället för delproteser och permanenta rotfyllningar istället för temporära. Ytterligare ett landsting godkänner begränsad behandling på andra patienter än dem som anges i Meddelandebladet om sjukvården anser att infektionsfrihet är ett absolut krav före ett ingrepp.

Vid *beställarkonferensen* framfördes att patienter som står i kö för transplantation i allmänhet får permanenta fyllningar och förebyggande behandling under hela väntetiden.

Tre landstings *beställare* svarar att de tillämpar restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Framförallt avser restriktionerna kariesbehandling. Endast djupa kariesangrepp behandlas. Tjugo landsting kräver alltid remiss av läkare för behandling i grupp 4.

Det landsting som har det högsta antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta och den lägsta kostnaden per behandlad patient, ger följande kommentar till utfallet: Det stora antalet patienter kan bero på att vi har upprättat bra rutiner med länets enda sjukhus och den låga kostnaden kan bero på att vi alltid kräver förhandsbedömning.

Grupp 5. Tandvård på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan.

Nio landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 5. Bland annat önskas tydligare formuleringar av målgrupperna, t.ex. exemplifiering av vilka immunologiska sjukdomar eller allvarliga blodsjukdomar som kan ingå samt vad som menas med symtomgivande HIV.

En *tandläkare* framför i enkätsvaret att slemhinnesjukdomar och allmänsjukdomar som kan manifesteras sig i munslemhinnan och där läkare önskar få hjälp med behandlingen, skall ingå i grupp 5, t.ex. patienter med SLE (systemisk lupus erythematosus) och GVHD (graft versus host disease). Behandling av slemhinnor mot svamp och virus samt bakteriella infektioner på dessa patienter bör ingå i grupp 5. Vissa sjukdomar är kroniska och behandlingen pågår längre tid än ett år.

Femton landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och sex landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Ett av de sex landsting svarar att de ibland betraktar tanduttagningar och delproteser som slemhinnebehandling. Dessutom betalar de profylaxbehandling som ges till patienter i palliativ vård. Ett ytterligare exempel på generösare praxis är att ett landsting även godkänner profylaxbehandling tre månader efter sjukdomsbehandlingen. Inget landsting tillämpar restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Arton landsting kräver alltid remiss av läkare för behandling i grupp 5.

Det landsting, som har den högsta kostnaden per behandlad patient men ligger långt under riksgenomsnittet beträffande antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att det har beviljat ett stort antal besök för varje patient och dessutom betalat enligt prislistan för komplicerad vård. Ett landsting som ligger högt över riksgenomsnittet både beträffande antalet behandlade per 10 000 bosatta och för kostnaden per behandlad, svarar att man numera infört obligatorisk förhandsbedömning för att komma tillrätta med en del brister i hanteringen av de patienter som skall beviljas betalning inom grupp 5.

Grupp 6. Patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom.

Sex landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 6. Bland annat sker en hopblandning med 2 § tandvårdsförordningen om utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd. Det är också oklart om stödet omfattar både polikliniska och inneliggande patienter.

På *beställarkonferensen* påpekade landstingen att begreppet ”grundsjukdom” som används i rubriken för grupp 6 är svårtolkat.

I *tandläkarnas* enkätsvar framkommer synpunkter på att endast utredning ingår. För att kunna fastställa eller utesluta ett samband krävs ofta att en diagnostisk behandling utförs t.ex. med en bettskena.

I *skrivelser* framför både en tandläkare och en läkare att det finns ett stort antal slemhinnesjukdomar där hudläkare diagnostiserar ELP (erosiv lichen planus) som drabbar slemhinnor både i munnen och i underlivet. De önskar diagnostik av samtliga munslemhinneförändringar av en specialisttandläkare samt även behandlingsförslag. Upprepade biopsier och prov måste tas för att fastställa sjukdomen. Behandling och provtagning omfattas inte av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, men det borde den göra, framför de båda.

Femton landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och sex landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Framförallt godkänner dessa landsting såväl utredningar som behandlingar av patienterna. Inget landsting tillämpar restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Samtliga landsting kräver alltid remiss av läkare för behandling i grupp 6.

Det landsting som har den högsta kostnaden per behandlad patient men ligger långt under riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att de har beviljat ett stort antal besök för varje patient och betalat enligt prislistan för komplicerad vård. Ett landsting som ligger högt över riksgenomsnittet både på antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta och på kostnaden per behandlad, svarar att man numera har infört obligatorisk förhandsbedömning för att komma tillrätta med en del brister i hanteringen av de patienter som kan hänföras till grupp 6.

Grupp 7. Patienter som genomgår strålbehandling i öron- näs-, mun- eller halsregion.

Två landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 7. Det bör tydligare framgå att både patienter som genomgår och som skall genomgå strålbehandling i öron-, näs-, mun-, eller halsregionen ingår.

På *beställarkonferensen* framför landstingen en oro över att för få patienter inom denna grupp remitteras av läkare till tandvården.

Tolv landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och sju landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Fem av dessa sju landsting svarar att de betalar för permanenta fyllningar istället för enbart provisoriska. Ett av landstingen betalar ibland broar som etsas fast istället för temporära delproteser. Ytterligare ett landsting svarar att de godkänner infektionssanering på patienter som genomgår strålning mot annan del än huvud- och halsregionen. Två landsting tillämpar en restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Båda dessa landsting betalar endast behandling av djupa kariesangrepp och ett landsting betalar endast protetisk behandling vid tandförluster i framtandsområdet. Nitton landsting kräver alltid remiss av läkare för behandling i grupp 7.

Det landsting som har den högsta kostnaden per behandlad patient men ligger under riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att det beror på att de flesta patienter behandlas på käkkirurgiska kliniken varvid behandlingarna redovisas som oralkirurgiska åtgärder som kräver sjukhusets resurser dvs. att de hänförs till ett annat ersättnings-system. För övriga patienter ingår alltid ett stort antal förebyggande behandlingsåtgärder och folktandvårdens prislista är en av de högsta i landet.

Grupp 8. Patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom).

Tolv landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 8. Bland annat är det svårt att avgränsa vilka patienter som tillhör gruppen. Hur definieras ”svåra smärtor” och hur lång tid avses med ”långvarig”? Det framgår inte om whiplashskadade eller tinnituspatienter ingår eller om akupunkturbehandling kan godkännas som bettfysiologisk behandling.

På *beställarkonferensen* framför landstingens *beställare* att det är en svår grupp att ta ställning till gentemot både patienter och tandläkare. Man frågar sig också om kraven ställs högre inom denna grupp än inom grupp 6.

I *tandläkarnas* svar framkommer också frågetecken kring ”långvarig smärta” och vad som ingår i en ”bettfysiologisk behandling”. Det kan vara omöjligt att med ledning av remissen avgöra vad som orsakat smärtan, anser man. ”Långvariga och svåra smärtor” till följd av stress och muskelspänningar ingår inte i grupp 8, men hos så gott som samtliga patienter med smärtor i ansikts- eller käkregionen ingår stress och muskelspänningar, antingen som en bidragande orsak till, eller som följd av smärttillståndet, framförs i enkätsvaren. Landstingen tolkar ”långvariga och svåra smärtor” olika, konstaterar man också.

”Det finns en konfliktkärna i grupp 8”, framför en av tandläkarföreträdarna i referensgruppen under *telefonintervjun*. ”Gruppen är svårtolkad och den behöver förtydligas”.

Tolv landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och sex landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Ett av dessa landsting godtar orsakssambandet ”allmän stress och muskelspänning”. Ett annat landsting godkänner att utredning och röntgen brtalas utan läkarremiss. Fyra landsting svarar att de betalar första besöket hos bettfysiolog, om en läkarremiss finns. Tre landsting tillämpar restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Två av de tre landstingen svarar att utredning eller behandling skall ske på specialistklinik i bettfysiologi. Ett landsting svarar att de beviljar utredning som hjälp till läkaren att ställa en diagnos men de beviljar inte behandlingen vid redan ställd diagnos. Sexton landsting kräver alltid remiss av smärtklinik, neurologklinik, eller av medicinsk smärtspecialist, alternativt öron-, när- och halsläkare vid behandling i grupp 8.

Det landsting som har den högsta kostnaden per behandlad patient och som ligger över riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att den höga kostnaden per patient beror på att i princip alla initiala undersökningar hos bettfysiolog betalas. Detta ger en tydlighet gentemot patienterna, kommenterar landstinget.

Grupp 9. Patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné.

Tolv landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 9. Allvarlig sömnapné är ett alltför diffust begrepp. Allvarlig sömnapné bedöms olika av läkarna. Riktvärden önskas som möjliggör mer likartade bedömningar. Eventuellt bör rubriken ändras, vilket också framförs på *beställarkonferensen*.

I *tandläkarnas* enkätsvar undrar man hur begreppet ”allmäntillstånd” skall tolkas. Är det allmäntillståndet vid undersökningstillfället eller är det risker för framtiden, frågar man. Betalas reparationer och omarbetning av tidigare utförd bettskena? Det är olyckligt att begreppet allvarlig sömnapné används i rubriken för dessa patienter, de kommer i de flesta fall inte till tandvården utan till lungmedicin för behandling med CPAP (andningsapparat), framför en tandläkare.

Sexton landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och tre landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Ett exempel på generösare praxis är att ett landsting även godkänner apnéskena på avancerade snarkare om sömnutredning gjorts och lungkliniken bedömt att det är adekvat med en apnéskena trots att det inte förekommit andningsstillestånd. Två landsting tillämpar restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Några egentliga förklaringar till vad den restriktivare praxisen innebär, framkommer inte i enkätsvaren. Arton landsting kräver alltid remiss av läkare med specialitet i lungmedicin eller öron-, näs- och halssjukdomar för grupp nio.

Det landsting som har den lägsta kostnaden per behandlad patient och som ligger högt över riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att man även betalar apnéskenor för avancerade snar-

kare utan andningsstillestånd. Dessutom betalas de kontroller som utförs hos bettfysiolog.

Grupp 10. Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.

Två landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 10. Här framförs att det är oklart hur narkos skall betalas.

Elva landstings *beställare* svarar att det inte finns tillräckligt med legitimerade psykologer, psykoterapeuter eller legitimerade psykiatriker som kan medverka vid behandlingen av extremt tandvårdsrädda patienter. Lika många landsting svarar att de inte kräver dokumentation som styrker att tandläkaren/tandhygienisten har erfarenhet av patienter som är extremt tandvårdsrädda.

Sexton landstings *beställare* svarar att de betalar kostnaden för narkos i de fall patienten har akuta besvär som måste åtgärdas för att fobibehandlingen skall kunna genomföras. Fyra landsting svarar att de därvid betalar mer än bastandvård. Exempel på detta är landsting som betalar provisoriska proteser. Tandbehandling under narkos betalas inte, svarar tre av de fyra landstingen.

Elva landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och sex landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Två av de sex landstingen betalar fler än åtta timmars fobibehandling. Tre landsting betalar hela det uppdämda behandlingsbehovet för bastandvård, oavsett om fobibehandlingen är avslutad eller inte. Fyra landsting tillämpar en restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Kostnader över 15 000 kronor för bastandvård betalas inte av ett landsting. Endast tandvård under två behandlingstillfällen betalas av ett annat landsting.

Det landsting som har den högsta kostnaden per behandlad patient och ligger över riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att den höga kostnaden beror på det höga prisläget.

Grupp 11. Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material.

Tre landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 11. Bland annat önskar man att det skall framgå att det endast är utbyte av felfria fyllningar/kronor som betalas, inte utbyte av defekta fyllningar eller fyllningar vid sekundärkaries.

På *beställarkonferensen* framför landstingen att rubriken bör ändras till utbyte av dentala material istället för utbyte av tandfyllningar.

Sexton landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och tre landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Ett av dessa tre landsting svarar att vid munsveda medges i vissa fall utbyte av fyllningar utan att lokal reaktion finns i slemhinnan. Om det inte går att ersätta en gammal fyllning med en ny, betalas även en ny krona, svarar ett landsting. Två landsting tillämpar en restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Båda dessa landsting svarar att de endast godkänner byte av felfria fyllningar och kronor.

Tjugo landstings *beställare* svarar att de alltid kräver utredningsmaterial som verifierar sambandet mellan det dentala materialet och den avvikande reaktionen i form av lichenförändringar eller allergi.

På uppdrag av Socialstyrelsen har professor Åke Larsson kommenterat nuvarande regler avseende utbyte av tandfyllningar. Kommentarererna återges kortfattat: En mer tillåtande hållning är önskvärd vad gäller regeln om tillämpningen vid lichenoida tungrandsläsioner. Specialistbedömning skall inte behövas i fall av okomplicerade lichenoida munslemhinneförändringar i kontakt med dentala material. Det mesta talar för att avvikande munslemhinnereaktioner i direktkontakt med dentala material nästan undantagslöst blir lichenoida som uttryck för kontaktallergi. Hudtest blir därmed överflödigt och förslaget är att utesluta begreppet allergi och enbart utgå från en på tandvårdssidan fastställd lichenoid förändring som underlag för utbyte av fyllningar. Tydligare utrymme bör tillskapas i syfte att medge byte eller avlägsnande av dentala material hos patient med symtomgivande lichenoida förändringar utan direkt fyllningskontakt.

Det landsting som har den högsta kostnaden per behandlad patient men ligger under riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta ger följande svar. ”Strikt tillämpning med konsult ger låg andel patienter. Många patienter får byta till keramiska tandfyllningar vilket ger hög medelkostnad.” Det landsting som har den lägsta kostnaden per patient men ligger över riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, svarar att sjukhustandvården utreder alla lichenpatienter och att en strikt tolkning av att byta fyllning mot fyllning tillämpas.

Grupp 12. Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering.

Fyra landstings *beställare* anser att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 12. Bland annat önskar man att det skall framgå att det endast är utbyte av felfria fyllningar/kronor som ingår, inte utbyte av defekta fyllningar eller fyllningar vid sekundärkaries.

På *beställarkonferensen* framför landstingen att rubriken bör ändras till utbyte av dentala material istället för utbyte av tandfyllningar.

Sjutton landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och två landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Dessa landsting svarar att de inte anlitar läkare för bedömning av den medicinska rehabiliteringen. Ett av landstingen har inte något krav på att tandvården skall vara ett led i en medicinsk rehabilitering. Två landsting tillämpar en restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger. Ett av dessa landsting svarar att de endast godkänner byte av felfria fyllningar och kronor. Det andra landstinget svarar att de byter fyllning mot fyllning och krona mot krona.

Tjugo landstings *beställare* svarar att de alltid kräver remiss av läkare för behandling i grupp 12 och nitton landsting kräver alltid en utrednings- och behandlingsplan.

Tandvårdsskadeförbundet har i en skrivelse till Socialstyrelsen tagit upp för dem angelägna områden. Förbundet anser att den gällande tandvårdsförordningen (1998:1338) inte tagit hänsyn vissa skrivningar som fanns i reger-

ingens förslag till reformerat tandvårdstöd (prop. 1997/98:112). Där angavs att ”avgiftsreglerna skall gälla för personer som i samband med långvariga sjukdomssymtom erhåller utbyte av sina tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering *utan att det föreligger ett säkerställt samband* mellan sjukdomsyttring och fyllningar”. Denna för Tandvårdsskadeförbundet viktiga skrivning, som innebär en utökning av landstingens åliggande, finns inte med i tandvårdsförordningen. Vidare citeras ur propositionstexten ”det bör dock ställas som krav att utbytet sker som en del av en utrednings- och behandlingsplan som upprättas under ledning av läkare med *speciell kompetens*.” Läkare med speciell kompetens har i förordningstexten fått lydelsen ”läkare med specialistkompetens inom ett område med anknytning till något eller några av patientens symtom”. Enligt Tandvårdsskadeförbundet innebär denna omskrivning att patienten nu remitteras mellan olika specialistläkare istället för till läkare med speciell kompetens inom tandvårdsskadeområdet.

På uppdrag av Socialstyrelsen har professor Åke Larsson kommenterat nuvarande regler avseende utbyte av tandfyllningar. Kommentarererna återges kortfattat: Vissa patienter uppfattar att deras allmänsymtom kan ha samband med tandfyllningar. Trots utredningar och behandlingsförsök har dock ingen klar diagnos kunnat fastställas och inget samband har säkerställts mellan tandfyllningar och symtom. Nuvarande tillämpning av bestämmelserna för grupp 12 är avsedda att reglera denna situation men fungerar inte tillfredställande vad avser samverkan mellan tand- och sjukvård. Det tycks huvudsakligen ha samband med bristande insikt om innebörden av socialstyrelsens vägledning, vilket bör föranleda fördjupade informations- och utbildningsinsatser.

Det landsting som har den högsta kostnaden per behandlad patient men ligger under riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta ger följande svar. ”Låg andel på grund av strikt tillämpning av regelverket. Hög medelkostnad på grund av mycket metallfri protetik.” Två landsting har inte behandlat någon patient i grupp 12 under år 2005. Förutom dessa har elva andra landsting behandlat färre än tio patienter under år 2005.

Grupp 13. Patienter med Sjögrens syndrom.

Ett landstings *beställare* anser utan kommentar att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 13.

På *beställarkonferensen* framför flera landsting att de inte tycker att det är relevant att begära salivtest år efter år om Sjögrensdiagnos ställts och muntorrhet konstaterats. Det är också svårt att avgöra om det är förebyggande behandling av karies- eller tandlossningssjukdom som betalningen begärs för.

Nio landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och åtta landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Exempelvis svarar samtliga landsting som tillämpar en generösare praxis att de betalar all kariesbehandling som behövs oavsett om behovet överstiger vad som vanligen förekommer hos en frisk patient i samma ålder med motsvarande tandstatus. Fyra landsting tillämpar en restriktivare praxis än vad

Meddelandebladet anger och de tillämpar den framförallt för behandling med fast protetik.

Tjugo landstings *beställare* svarar att de alltid kräver läkarintyg för grupp 13. Tolv landsting svarar att de alltid kräver salivtest medan nio landsting svarar att de bara begär salivtest första gången patienten skall få behandling eller under de tre första åren.

Ett landsting som har en låg kostnad per behandlad patient men ligger över riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta, ger svaret att de betalar mest förebyggande behandling och bastandvård men är restriktiva med att godkänna protetik.

Grupp 14. Patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling

Ett landstings *beställare* anser utan kommentar att Meddelandebladet inte ger dem tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 14.

Tolv landstings *beställare* svarar att de följer Meddelandebladet och sex landsting tillämpar en generösare praxis än vad Meddelandebladet anger. Exempelvis svarar samtliga landsting som tillämpar en generösare praxis att de betalar all kariesbehandling som behövs oavsett om behovet överstiger vad som vanligen förekommer hos en frisk patient i samma ålder med motsvarande tandstatus. Tre landsting tillämpar en restriktivare praxis än vad Meddelandebladet anger och att de tillämpar restriktivare praxis framförallt för behandling med fast protetik.

Tjugo landstings *beställare* svarar att de alltid kräver läkarintyg för grupp 14 och fjorton landsting svarar att de alltid kräver salivtest. De sju landsting som svarar att de inte alltid begär salivtest ger varierande svar, bl.a. att de bara begär salivtest första gången patienten skall få behandling eller under de tre första åren.

Ett landsting som har en hög kostnad per behandlad patient och ligger ungefär som riksgenomsnittet för antalet behandlade patienter per 10 000 bosatta ger svaret att den höga medelkostnaden beror på mycket protetik och att många specialister deltar i behandlingen. Även implantatbehandling förekommer.

Enkät till landstingens beställare av tandvård

Underlag till webbenkät

Grupp 1: Tandvårdsbehandling till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.

1. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 1?

- Ja
 Nej

1.1. Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 1?

Fri text.....

1.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 1?

- vi följer Meddelandebladet
 vi tillämpar en generösare praxis
 vi tillämpar en restriktivare praxis

1.3 Om generösare praxis för grupp 1, ange på vilket sätt.

Fri text.....

1.4 Om restriktivare praxis för grupp 1, ange på vilket sätt.

Fri text.....

2. Utförs alltid vården för grupp 1 vid klinik för specialisttandvård eller av tandläkare med specialistkompetens?

- Ja
 Nej

2.1 Om nej, i vilka fall utförs inte vården för grupp 1 vid klinik för specialisttandvård eller tandläkare med specialistkompetens?

Fri text.....

3. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 1?

- Ja
 Nej

3.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 1?

Fri text.....

3.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 1:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

3.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 1:

Fri text.....

3.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 1:

Fri text.....

4. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 1. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 2: Tandvårdsbehandling på grund av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.

5. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 2?

- Ja
 Nej

5.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 2?

Fri text.....

5.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 2?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

5.3 Om generösare praxis för grupp 2, ange på vilket sätt.

Fri text.....

5.4 Om restriktivare praxis för grupp 2, ange på vilket sätt.

Fri text.....

6. Utförs alltid vården för grupp 2 vid klinik för specialisttandvård eller av tandläkare med specialistkompetens?

- Ja
 Nej

6.1 Om nej, i vilka fall utförs inte vården för grupp 2 vid klinik för specialisttandvård eller tandläkare med specialistkompetens?

Fri text.....

7. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 1?

- Ja
 Nej

7.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 2?

Fri text.....

7.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 2:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

7.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 2:

Fri text.....

7.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 2:

Fri text.....

8. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 2. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 3: Behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.

9. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 3?

Ja

Nej

9.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 3?

Fri text.....

9.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 3?

Vi följer Meddelandebladet

Vi tillämpar en generösare praxis

Vi tillämpar en restriktivare praxis

9.3 Om generösare praxis för grupp 3, ange på vilket sätt.

Fri text.....

9.4 Om restriktivare praxis för grupp 3, ange på vilket sätt.

Fri text.....

10. Krävs alltid läkarintyg för grupp 3?

Ja

Nej

10.1 Om nej, i vilka fall krävs inte läkarintyg för grupp 3?

Fri text.....

11. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 3?

- Ja
 Nej

11.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 3?

Fri text.....

11.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 3:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

11.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 3:

Fri text.....

11.3 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 3:

Fri text.....

12. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 3. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 4: Infektionssanering av patienter som skall genomgå vissa kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.

13. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 4?

- Ja
 Nej

13.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 4?

Fri text.....

13.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 4?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

13.3 Om generösare praxis för grupp 4, ange på vilket sätt.

Fri text.....

13.4 Om restriktivare praxis för grupp 4, ange på vilket sätt.

Fri text.....

14. Krävs alltid remiss av läkare för grupp 4?

- Ja
 Nej

14.1 Om nej, i vilka fall krävs inte remiss av läkare för grupp 4?

Fri text.....

15. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 4?

- Ja
 Nej

15.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 4?

Fri text.....

15.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 4:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

15.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 4:

Fri text.....

15.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 4:

Fri text.....

16. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 4. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 5: Tandvård på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan.

17. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 5?

- Ja
 Nej

17.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 5?

Fri text.....

17.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 5?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

17.3 Om generösare praxis för grupp 5, ange på vilket sätt.

Fri text.....

17.4 Om restriktivare praxis för grupp 5, ange på vilket sätt.

Fri text.....

18. Krävs alltid remiss av läkare för grupp 5?

- Ja
 Nej

18.1 Om nej, i vilka fall krävs inte remiss av läkare för grupp 5?

Fri text.....

19. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 5?

- Ja
 Nej

19.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 5?

Fri text.....

19.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 5:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

19.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 5:

Fri text.....

19.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 5:

Fri text.....

20. Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 5. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 6: Patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom.

21. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 6?

- Ja

Nej

21.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 6?

Fri text.....

21.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 6?

Vi följer Meddelandebladet

Vi tillämpar en generösare praxis

Vi tillämpar en restriktivare praxis

21.3 Om generösare praxis för grupp 6, ange på vilket sätt.

Fri text.....

21.4 Om restriktivare praxis för grupp 6, ange på vilket sätt.

Fri text.....

22. Krävs alltid remiss av läkare för grupp 6?

Ja

Nej

22.1 Om nej, i vilka fall krävs inte remiss av läkare för grupp 6?

Fri text.....

23. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 6?

Ja

Nej

23.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 6?

Fri text.....

23.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 6:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

23.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 6:

Fri text.....

23.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 6:

Fri text.....

24. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 6. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 7: Patienter som genomgår strålbehandling i öron- näs-, mun- eller halsregion

25. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 7?

- Ja
 Nej

25.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 7?

Fri text.....

25.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 7?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

25.3 Om generösare praxis för grupp 7, ange på vilket sätt.

Fri text.....

25.4 Om restriktivare praxis för grupp 7, ange på vilket sätt.

Fri text.....

26. Krävs alltid remiss av läkare för grupp 7?

- Ja
 Nej

26.1 Om nej, i vilka fall krävs inte remiss av läkare för grupp 7?

Fri text.....

27. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 7?

- Ja
 Nej

27.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 7?

Fri text.....

27.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 7:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

27.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 7:

Fri text.....

27.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 7:

Fri text.....

28. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 7. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 8: Patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom).

29. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 8?

- Ja
 Nej

29.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 8?

Fri text.....

29.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 8?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

29.3 Om generösare praxis för grupp 8, ange på vilket sätt.

Fri text.....

29.4 Om restriktivare praxis för grupp 8, ange på vilket sätt.

Fri text.....

30. Krävs alltid remiss av smärtklinik, neurologklinik, eller av medicinsk smärtspecialist, alternativt öron- näs- och halsläkare vid behandling av grupp 8?

- Ja
 Nej

30.1 Om nej, i vilka fall krävs för grupp 8 inte remiss av smärtklinik, neurologklinik, eller av medicinsk smärtspecialist, alternativt öron- och näs- och halsläkare?

Fri text.....

31. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 8?

- Ja
 Nej

31.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 8?

Fri text.....

31.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 8

Antal insända behandlingsförslag: ____
Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____
Antal avslagna behandlingsförslag: ____

31.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 8:

Fri text.....

31.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 8:

Fri text.....

32. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 8. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 9: Patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné.

33. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 9?

Ja

Nej

33.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 9?

Fri text.....

33.2. Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 9?

Vi följer Meddelandebladet

Vi tillämpar en generösare praxis

Vi tillämpar en restriktivare praxis

33.3 Om generösare praxis för grupp 9, ange på vilket sätt.

Fri text.....

33.4 Om restriktivare praxis för grupp 9, ange på vilket sätt.

Fri text.....

34. Krävs alltid remiss av läkare med specialitet i lungmedicin eller öron- näs- och halssjukdomar för grupp 9?

Ja

Nej

34.1 Om nej, i vilka fall krävs inte remiss av läkare med specialitet i lungmedicin eller öron- näs- och halssjukdomar för grupp 9?

Fri text.....

35. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 9?

- Ja
 Nej

35.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 9?

Fri text.....

35.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 9

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

35.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 9:

Fri text.....

35.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 9:

Fri text.....

36. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 9. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting?

Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 10: Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.

37. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 10?

- Ja
 Nej

37.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 10?.

Fri text.....

37.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 10?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

37.3 Om generösare praxis för grupp 10, ange på vilket sätt.

Fri text.....

37.4 Om restriktivare praxis för grupp 10, ange på vilket sätt.

Fri text.....

38. Krävs för grupp 10 alltid utredningsmaterial av både tandläkare och legitimerad psykolog, psykoterapeut eller legitimerad psykiater som styrker det stora behandlingsbehovet och att patienten lider av extrem tandvårdsrädsla?

- Ja
 Nej

38.1 Om nej, i vilka fall krävs för grupp 10 inte intyg av både tandläkare och legitimerad psykolog, psykoterapeut eller legitimerad psykiater?

Fri text.....

39. Finns det för grupp 10 tillräckligt med legitimerade psykologer, psykoterapeuter eller legitimerade psykiatriker som medverkar vid behandling av extrem tandvårdsrädsla?

- Ja
 Nej

40. Kräver ni för grupp 10 dokumentation som styrker att tandläkaren/tandhygienisten har erfarenhet av patienter som är extremt tandvårdsrädda?

- Ja
 Nej

41. Ersätter ni kostnaden för narkos för grupp 10?

- Ja
 Nej

41.1 Om ja, i vilka fall ersätter ni kostnaden för narkos för grupp 10?

Fri text.....

42. Ersätter ni mer än bastandvård för grupp 10?

Fri text.....

42.1 Om ja, vad mer än bastandvård ersätter ni för grupp 10?

43. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 10?

- Ja
 Nej

43.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 10?

Fri text.....

43.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 10

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

43.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 10:

Fri text.....

43.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 10:
Fri text.....t

44. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 10. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.
Fri text.....

Grupp 11: Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material.

45. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 11?
 Ja
 Nej

45.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 11?
Fri text.....

45.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 11?
 Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

45.3 Om generösare praxis för grupp 11, ange på vilket sätt.
Fri text.....

45.4 Om restriktivare praxis för grupp 11, ange på vilket sätt.
Fri text.....

46. Krävs för grupp 11 alltid utredningsmaterial som verifierar sambandet mellan det dentala materialet och den avvikande reaktionen i form av lichenförändringar eller allergi?
 Ja
 Nej

46.1 Om nej, i vilka fall krävs inte utredningsmaterialet för grupp 11?
Fri text.....

47. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 11?
 Ja
 Nej

47.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 11?
Fri text.....

47.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 11

Antal insända behandlingsförslag: _____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: _____

Antal avslagna behandlingsförslag: _____

47.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 9:

Fri text.....

47.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 11:

Fri text.....

48. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 11. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 12: Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering.

49. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 12?

Ja

Nej

49.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 12?

Fri text.....

49.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 12?

Vi följer Meddelandebladet

Vi tillämpar en generösare praxis

Vi tillämpar en restriktivare praxis

49.3 Om generösare praxis för grupp 12, ange på vilket sätt.

Fri text.....

49.4 Om restriktivare praxis för grupp 12, ange på vilket sätt.

Fri text.....

50. Krävs alltid remiss av läkare för grupp 12?

Ja

Nej

50.1 Om nej, i vilka fall krävs inte remiss av läkare för grupp 12?

Fri text.....

51. Krävs alltid utrednings- och behandlingsplan för grupp 12?

- Ja
 Nej

51.1 Om nej, i vilka fall krävs inte utrednings- och behandlingsplan för grupp 12?

Fri text.....

52. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 12?

- Ja
 Nej

52.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 12?

Fri text.....

52.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 12

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

52.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 12:

Fri text.....

52.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 12:

Fri text.....

53. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 12. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 13: Patienter med Sjögrens syndrom.

54. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 13?

- Ja
 Nej

54.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 13?

Fri text.....

54.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 13?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

54.3 Om generösare praxis för grupp 13, ange på vilket sätt.

Fri text.....

54.4 Om restriktivare praxis för grupp 13, ange på vilket sätt.

Fri text.....

55. Krävs alltid läkarintyg för grupp 13?

Ja

Nej

55.1 Om nej, i vilka fall krävs inte läkarintyg för grupp 13?

Fri text.....

56. Krävs alltid salivtest för grupp 13?

Ja

Nej

56.1 Om nej, i vilka fall krävs inte salivtest för grupp 13?

Fri text.....

57. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 13?

Ja

Nej

57.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 13?

Fri text.....

57.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 13:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

57.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 13:

Fri text.....

57.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 13:

Fri text.....

58. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 13. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

Grupp 14: Patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.

59. Ger Socialstyrelsens Meddelandeblad tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 14?

- Ja
 Nej

59.1 Om nej, ange i vilket avseende Meddelandebladet inte ger tillräckligt stöd vid bedömningen av grupp 14?

Fri text.....

59.2 Hur tillämpar ni Meddelandebladet för grupp 14?

- Vi följer Meddelandebladet
 Vi tillämpar en generösare praxis
 Vi tillämpar en restriktivare praxis

59.3 Om generösare praxis för grupp 14, ange på vilket sätt.

Fri text.....

59.4 Om restriktivare praxis för grupp 14, ange på vilket sätt.

Fri text.....

60. Krävs alltid läkarintyg för grupp 14?

- Ja
 Nej

60.1 Om nej, i vilka fall krävs inte läkarintyg för grupp 14?

Fri text.....

61. Krävs alltid salivtest för grupp 14?

- Ja
 Nej

61.1 Om nej, i vilka fall krävs inte salivtest för grupp 14?

Fri text.....

62. Krävs alltid förhandsbedömning för grupp 14?

- Ja
 Nej

62.1 Om nej, i vilka fall krävs inte förhandsbedömning för grupp 14?

Fri text.....

62.2 Behandlingsförslag år 2005 för grupp 14:

Antal insända behandlingsförslag: ____

Antal godkända behandlingsförslag med eller utan ändringar: ____

Antal avslagna behandlingsförslag: ____

62.3 Eventuell kommentar avseende behandlingsförslag för grupp 14:

Fri text.....

62.4 Rangordna de vanligaste skälen för avslag (högst fem) för grupp 14:

Fri text.....

63. I Sveriges kommuner och Landstings rapport från maj 2006 redovisas landstingens resultat avseende utnyttjande och kostnader per patient för grupp 14. Jämfört med riksgenomsnittet för utnyttjande respektive kostnader per patient finns det påtagliga skillnader mellan de olika landstingens resultat och nämnda medelvärden för riket. Hur ser det ut för ert landsting? Kommentera om ni ligger påtagligt under eller över medelvärdena.

Fri text.....

64. Hur lång är den normala handläggningstiden för kompletta behandlingsförslag för de 14 patientgrupperna?

- ca 1 vecka
- ca 2 veckor
- ca 3 veckor
- ca 4 veckor
- längre än 4 veckor

65. Anser ni att någon ytterligare patientgrupp/sjukdomssamband bör få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

- Ja
- Nej

65.1 Om ja, vilken/vilka ytterligare patientgrupp/sjukdomssamband bör få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Fri text.....

66. Hur såg fördelningen ut mellan folktandvården och privattandvården avseende antal patienter som fått tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling år 2005?

Folktandvården, landsting	Antal patienter	_____
Privata vårdgivare	Antal patienter	_____
Tandläkarhögskola	Antal patienter	_____

67. Hur såg fördelningen ut mellan folktandvården och privattandvården avseende utbetald ersättning (ange tusental kr) för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling år 2005?

Folktandvården, landsting	Belopp tkr	_____
Privata vårdgivare	Belopp tkr	_____
Tandläkarhögskola	Belopp tkr	_____

68. Finns det svårigheter att få vårdgivare att utföra tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Inom folktandvården

- Ja

Nej

68.1 Om ja, för vilka patientgrupper finns det svårigheter att få vårdgivare inom folktandvården att utföra tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och vad kan orsaken vara?

Fri text.....

69. Finns det svårigheter att få vårdgivare att utföra tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Inom privattandvården

Ja

Nej

69.1 Om ja, för vilka patientgrupper finns det svårigheter att få vårdgivare inom privattandvården att utföra tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och vad kan orsaken vara?

Fri text.....

70. Finns det, som ni känner till, situationer när patienter inte erbjuds tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, trots att de omfattas av stödet enligt Tandvårdsförordningen.

Ja

Nej

70.1 Om ja, kommentera:

Fri text.....

71. Har ni som beställare genomfört egna uppföljningar och utvärderingar av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Ja

Nej

71.1 Om ja, sänd som fil till marianne.appelquist@socialstyrelsen.se

72. Här kan ni skriva eventuella kommentarer till hela enkäten:

Fri text.....

Enkät till tandläkare

Underlag till webbenkät

Ange det län där du huvudsakligen bedriver din verksamhet:

.....

Var är du huvudsakligen verksam som tandläkare?

- Folktandvård, landsting
- Privattandvård
- Tandläkarhögskola

Hur många år har du varit yrkesverksam som tandläkare?

- Mindre än 5 år
- 5 – 15 år
- Mer än 15 år

Är du behörig som specialist?

- Ja
- Nej

Om ja, ange vilken specialitet eller vilka specialiteter du har:

Fri text

Fråga 1

Inom vilken/vilka av de 14 patientgrupperna i tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling har du behandlat patienter under år 2005.

Fyll i ett svar för samtliga grupper

Patientgrupper	Inga patienter (0)	1 – 5 patienter	Fler än 5 patienter
Grupp 1: Tandvårdsbehandling till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet av ej ringa omfattning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 2: Tandvårdsbehandling på grund av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 3: Behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 4: Infektionssanering av patienter som skall genomgå vissa kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 5: Tandvård på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 6: Patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 7: Patienter som genomgår strålbehandling i öron- näs-, mun- eller halsregion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 8: Patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 9: Patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 10: Behandling vid extrem tandvårdsrädsla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 11: Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 12: Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 13: Patienter med Sjögrens syndrom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 14: Patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fråga 2

Anser du att den dokumentation som finns, dvs. Socialstyrelsens Meddelandeblad och ditt landstings lokala anvisningar, ger dig tillräckligt stöd i tillämpningen av reglerna för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Ja

Nej

2.1 Om nej, vad tycker du brister eller vad saknas i Socialstyrelsens Meddelandeblad?

Fri text.....

2.2 Om nej, vad tycker du brister eller vad saknas i ditt landstings lokala anvisningar?

Fri text.....

Fråga 3

Hur länge får du vanligtvis vänta på att få tillbaka besked om ett behandlingsförslag som du har skickat till landstinget för bedömning av tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

OBS! Frågan gäller bara behandlingsförslag som inte behöver kompletteras med ytterligare underlag.

- Upp till 4 veckor
- 5 – 8 veckor
- Längre än 8 veckor
- Har inte skickat något behandlingsförslag

Fråga 4

Händer det att du inte erbjuder patienter tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, trots att de ingår i någon av de 14 patientgrupperna?

- Ja
- Nej

4.1 Om ja, ange orsaken till varför du inte erbjuder tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling:

Fri text.....

Fråga 5

Anser Du att någon ytterligare patientgrupp (utöver de 14 grupper som ingår idag) bör få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

- Ja
- Nej

5.1 Om ja, vilken/vilka ytterligare patientgrupper bör få tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och varför?

Fri text.....

Fråga 6.

Upplever du att patienterna är nöjda med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

- Ja
- Nej

6.1. Om nej, ange varför du upplever att patienterna inte är nöjda med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling?

Fri text.....

Fråga 7.

Här kan du skriva eventuella ytterligare kommentarer, som tidigare inte framkommit i enkäten, t.ex. förbättringsförslag.

Fri text.....

