



Tandvården och Vårdansvarskommittén

Från rot till krona - förslag på områden för statlig
översyn i tandvårdssystemet

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-2-9441

Foto: Matton

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Förord

Med anledning av Vårdansvarskommitténs uppdrag (S 2023:04), har Socialstyrelsen fått ett regeringsuppdrag att ta fram ett underlag kopplat till tandvården (S2024/01546 (delvis)).

Genom den här rapporten redovisar vi uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Rapporten riktar sig till främst Socialdepartementet och Vårdansvarskommittén, men även andra nyckelaktörer och intressenter på området.

I rapporten lämnas förslag på delar av tandvården som är lämpliga för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar. Tandvården har en nära koppling till hälso- och sjukvården men systemen skiljer sig åt. Samtidigt har munhälsan och allmänhälsan ömsesidig stor betydelse för varandra och för människors livskvalitet.

Munhälsan i befolkningen har under lång tid utvecklats i positiv riktning. Samtidigt sker omvärldsförändringar som gör att utmaningar kring jämlikhet och effektivitet i tandvården blir allt mer påtagliga. Därför är det viktigt att väga in frågor om tandvården och munhälsan i fortsatta utredningsarbeten och eventuella reformer på vårdområdet.

Socialstyrelsen riktar ett varmt tack till alla som engagerat och generöst har medverkat i möten och dialoger och lämnat sina synpunkter i detta arbete. Era bidrag har varit mycket värdefulla! Vi hoppas att rapporten kommer till nytta för tandvårdens beslutsfattare på olika nivåer, i den fortsatta utvecklingens av tandvårdssystemet.

Rapporten har sammanställts av projektledare Ida Nyström tillsammans med utredare Anna Bredin, sakkunnig Peter Lundholm, medicinalråd Elisabeth Wärnberg Gerdin och odontologisk expert Björn Klinge. Jurist Anders Alexandersson har bidragit i arbetet. Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen har varit Björn Nilsson.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Förslag på områden för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar	5
Tandvårdens styrkor och utmaningar	6
Ett uppdrag med anledning av Vårdansvarskommittén	7
Syfte och mål.....	7
Metod och genomförande.....	7
Olika typer av ansvar i tandvårdssystemet	11
Systemansvar – tandvårdslagen sätter ramarna	11
Finansieringsansvar – tandvård finansieras delvis av stat och region	13
Tillhandahållaransvar – regionerna har det övergripande ansvaret	15
Verksamhetsansvar – vilar på både privata och offentliga vårdgivare	17
Tandvårdens styrkor och utmaningar	19
Flera styrkor, och munhälsan utvecklas i positiv riktning	19
Utmaningar kring jämlikhet och effektivitet blir allt mer påtagliga	22
Flera förslag om förändringar i tandvårdssystemet.....	38
En tandvård prioriterad efter behov	38
Reformera tandvårdsstöden	41
Stärk forskning och utbildning.....	44
Stärk tillsyn, kontroll och uppföljning	45
Inför samverkanskrav mellan aktörer.....	47
Stärk patientens ställning	47
Tänkbara konsekvenser för tandvården givet förändringar.....	50
Diskussion och slutsatser	52
Socialstyrelsens förslag för statlig översyn och systemförbättring	54
Socialstyrelsens uppdrag att stödja tandvården.....	58
Referenser	60
Bilagor	63
Bilaga 1. Nyckelaktörer	63
Bilaga 2. Uppgifter om klagomål	67

Sammanfattning

Den här rapporten svarar på regeringsuppdraget att med anledning av Vårdansvarskommitténs (S 2023:04) arbete ta fram ett kunskapsunderlag kopplat till tandvården. Uppdraget utgår från tre huvudsakliga frågeställningar:

- Vilka delar av tandvården är lämpliga för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar eller helt eller delvis statligt huvudmannaskap?
- Vilka centrala styrkor och utmaningar har tandvården i Sverige?
- Vilka tänkbara konsekvenser kan ett helt eller delvis förändrat huvudmannaskap i vården få för tandvården?

Rapporten bygger på kunskap där ett stort antal nyckelaktörer i tandvården generöst har bidragit med sina synpunkter och perspektiv, men även på befintlig kunskap i relevant litteratur.

Förslag på områden för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar

En utveckling av tandvårdssystemet är avgörande för att kunna bibehålla och utveckla ett tandvårdssystem som även i framtiden möter befolkningens behov, och som ger en god hälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

De viktigaste förslagen på vilka delar av tandvården som är lämpliga för en fortsatt översyn avseende ökat statligt ansvar eller huvudmannaskap handlar om, och syftar till att:

- skapa bättre förutsättningar för prioriteringar efter behov
- säkerställa ett hållbart tillhandahållar- och finansieringsansvar
- stärka förutsättningarna för forskning och utbildning
- ta ett helhetsgrepp om prevention och hälsofrämjande insatser.

Vi bedömer att dessa områden är särskilt lämpade och summerar motiven till det i kapitlet *Diskussion och slutsatser*. Där presenteras även konkreta förslag på delar som behöver ingå i en fortsatt översyn av dessa områden.

Socialstyrelsen har identifierat ett flertal förslag som kan bidra till systemförbättringar, vilka vi redogör för i rapporten. Sammantaget visar de på bredden av möjliga lösningsutrymmen och förslag för dig som beslutsfattare att ta vidare i den fortsatta utvecklingen av tandvårdssystemet.

Tandvårdens styrkor och utmaningar

Tandvården har flera styrkor och munhälsan i befolkningen har under lång tid utvecklats i positiv riktning. Patienterna är också förhållandevis nöjda med sin tandvård och majoriteten har förtroende för tandvårdspersonalen. Historiskt har tandvården även kännetecknats av en hög grad av kontinuitet och prevention, något som i förlängningen har bidragit till en bättre munhälsa och att mer brett förebygga ohälsa hos befolkningen.

Svagheter i systemet är relativt kända, bland annat varierar tillgången till tandvård, i form av personal och tandvårdskliniker, över landet – och många personer går inte till tandvården fast de skulle behöva. Om patienter väntar med att söka vård tills problemen blivit allvarliga, kan det leda till högre kostnader både för dem själva och för vården. Tandvårdssystemets utformning är också fragmentiserad och svår att förstå, för både patienter och vård- och omsorgspersonal. Samtidigt sker omvärldsförändringar som gör att utmaningar kring jämlikhet och effektivitet blir allt mer påtagliga. Även om tandvårdens organisering och finansiering i många avseenden skiljer sig från hälso- och sjukvårdens, finns det liknande utmaningar i båda systemen.

Inte minst urbaniseringstrenden förstärker problem med regionala skillnader och många regioner får det allt svårare att uppfylla sitt planeringsansvar för tandvården. Allt mer forskning visar på sambanden mellan munhälsa och allmänhälsa. Vi har en åldrande befolkning där allt fler äldre har kvarvarande tänder och för att de ska kunna behålla sin munhälsa krävs mer stöd och behandlingar.

Ett uppdrag med anledning av Vårdansvarskommittén

Socialstyrelsen har, med anledning av Vårdansvarskommitténs (S 2023:04) uppdrag, fått ett regeringsuppdrag (S2024/01546 (delvis)) att ta fram ett underlag kopplat till tandvården.

I direktiven till Vårdansvarskommittén (dir.2023:73) framkommer att de ska föreslå en genomförandeplan för införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Genomförandeplanen ska innehålla åtgärder som kan bestå av författningsändringar eller statliga utredningar, samt fördjupade analyser och bedömningar. Kommittén ska med tanke på dess nära koppling till hälso- och sjukvården, särskilt beakta tandvården.

Socialstyrelsen ska med anledning av kommitténs uppdrag analysera och beskriva konsekvenserna för tandvården och konsekvenserna för det statliga tandvårdsstödet. Därutöver ska myndigheten analysera och beskriva konsekvenserna för patienter som är i behov av åtgärder från både tandvården och hälso- och sjukvården. Dessutom ska Socialstyrelsen analysera och beskriva tandvårdens utmaningar kopplat till ett delvis eller helt förstatligande av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska också, inom ramen för uppdraget, analysera tandvårdens förutsättningar och utmaningar och lämna förslag på vilka delar av tandvården som är lämpliga för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar eller helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Syfte och mål

Projektet genomförs i syfte att ta fram ett kunskapsunderlag kopplat till tandvården, i enlighet med regeringsuppdraget. Målet är att Vårdansvarskommittén, med stöd av den här rapporten, får förutsättningar att beakta tandvården i sitt förslag till genomförandeplan.

Metod och genomförande

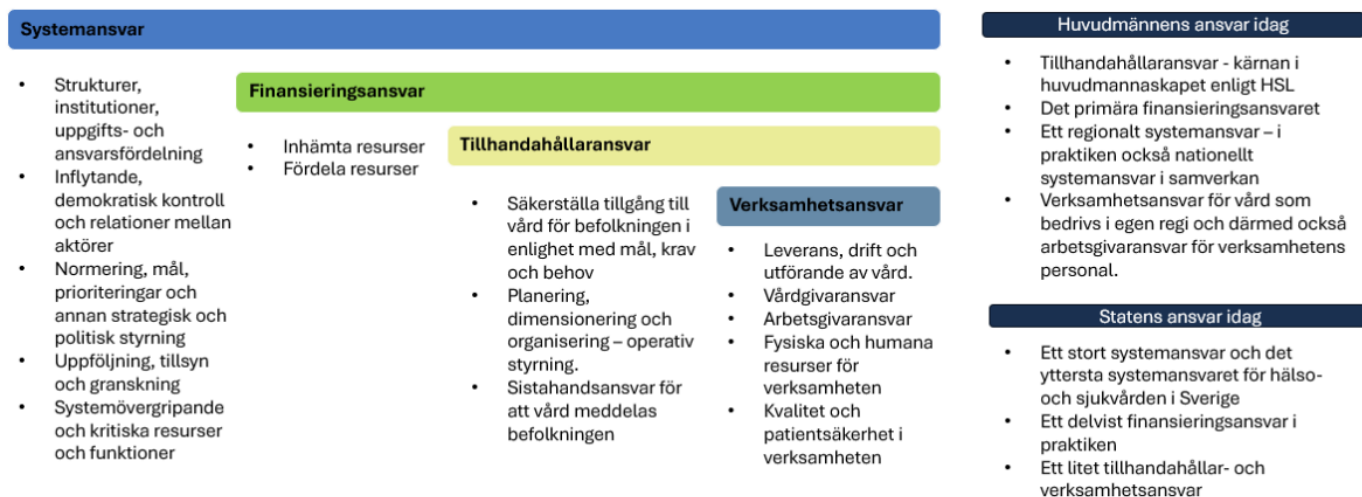
Kärnan i arbetet har varit kunskapsinhämtning från nyckelaktörer och intressenter. En utgångspunkt har också varit att nyttja befintlig kunskap i relevant litteratur, såsom betänkanden från statliga utredningar, remissvar, forskning och myndighetsrapporter.

Vårdansvarskommitténs analysramverk och ansvarsbegrepp utgör en grund

I syfte att göra analysen mer ändamålsenlig och öka användbarheten har Socialstyrelsen i sitt uppdrag utgått från Vårdansvarskommitténs analysramverk och ansvarsdefinitioner. Socialstyrelsen har haft en löpande dialog med utredningssekretariatet för Vårdansvarskommittén, som har delat grunderna i sitt arbete och analysramverk. Socialstyrelsen har däremot inte tagit del av specifika förslag på förändringar rörande huvudmannaskap i hälso- och sjukvården eller tandvården från Vårdansvarskommittén.

I analysramverket används bland annat fyra ansvarsbegrepp för att beskriva hur ansvarsfördelningen förändras givet olika scenarier för ett delvis eller helt statligt huvudmannaskap, se figur 1.

Figur 1. Olika typer av ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet.



Källa: Arbetsmaterial från sekretariatet till Vårdansvarskommittén. Not. Utifrån ansvarsbegreppen är nuvarande ordning i hälso- och sjukvården det som står till höger i figuren. Se figur 3 för jämförelse med motsvarande ordning i tandvårdssystemet.

Huvudsakliga frågeställningar

Uppdraget utgår från tre huvudsakliga frågeställningar:

1. Vilka delar av tandvården är lämpliga för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar eller helt eller delvis statligt huvudmannaskap?
2. Vilka centrala styrkor och utmaningar har tandvården i Sverige?
3. Vilka tänkbara konsekvenser kan ett helt eller delvis förändrat huvudmannaskap i vården få för tandvården?

I figur 2 ges en översikt av frågeställningarna. Fråga 1 är övergripande och besvaras utifrån nuläge (fråga 2), alternativt ett hypotetiskt framtida läge med ändrat huvudmannaskap (fråga 3).

Figur 2. Översikt frågeställningar.



Kunskapsinhämtning genom nyckelaktörer

Socialstyrelsen har under arbetets gång fört dialog med en bredd av nyckelaktörer och intressenter inom tandvården.

Över 60 olika aktörer eller organisationer har genom skriftliga svar bidragit med sina perspektiv och synpunkter. Det inkluderar representanter från samtliga deltagare i Socialstyrelsens dialogforum för tandvård¹, lärosäten, ämnesföreningar, regioner och folktandvårdsorganisationer, kommuner, privata vårdgivare, myndigheter, professions- och patientföreträdare, forskare och registerhållare för tandvårdens kvalitetsregister.

Fördjupade samtal och möten har även genomförts med ett femtontal aktörer och organisationer. Se bilaga 1 för en översikt av frågeställningar och aktörer som deltagit i möten och/eller inkommit med skriftliga svar.

Uppgifter från undersökningar och register

I beskrivningen av tandvårdens styrkor och utmaningar redovisar vi även uppgifter från olika undersökningar och register. Materialet kommer bland annat från Tandhälsoregistret, kvalitetsregistret SkaPa, Försäkringskassan, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät.

¹ Här ingår representanter för regionernas tandvårdsnätverk, Svensk Folktandvårdsförening, SKR, Privattandläkarna, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Praktikertjänst AB och Nationellt Programområde tandvård (NPO).

Kompletterande underlag rörande klagomål

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget inhämtat synpunkter från ett flertal patientföreträdare och patientorganisationer (se tabell 1 bilaga 1).

Som ett komplement till annan datainsamling tillfrågades även samtliga patientnämnder i Sverige att bidra med kunskap och uppgifter utifrån sin klagomålshantering. Totalt svarade 16 av 21 patientnämnder.

Klagomålshanteringen skiljer sig dock åt mellan vårdgivare i tandvården. I samtal med Privattandläkarna och Praktikertjänst ställdes därför liknande frågeställningar baserat på ärenden som kommer till deras förtroendenämnd respektive reklamnämnd. Socialstyrelsen har även haft dialog med Sveriges konsumenter samt medarbetare vid regionernas ömsesidiga försäkringsbolag Löf. Se bilaga 2.

Omvärldsbevakning under workshops och möten

Det pågår en mängd aktiviteter på tandvårdsområdet och kunskapsinhämtning har även skett genom omvärldsbevakning, samt deltagande i olika workshops och seminarier om tandvården.

I slutet av 2024 deltog vi i en workshop med samtliga tandvårdsutbildningar, samt i en workshop med tandvårdens nyckelaktörer om faktorer och drivkrafter för personalförsörjningen i tandvården. De anordnades inom ramen för Socialstyrelsens arbete med det Nationella planeringsstödet (NPS). Vidare har vi bland annat tagit del av ett riksdagsseminarium där förslag på ett förstärkt högkostnadsskydd inom tandvården diskuterades, deltagit på Odontologiska riksstämman samt vid WHO:s Global Oral Health Meeting.

Olika typer av ansvar i tandvårdssystemet

I detta kapitel beskriver vi ansvarsfördelningen i tandvårdssystemet utifrån de ansvarsbegrepp som används av Vårdansvarskommittén. Ansvarsfördelningen i tandvårdssystemet skiljer sig från hur det ser ut i hälso- och sjukvårdssystemet. Till skillnad från hälso- och sjukvården betalar till exempel den vuxna patienten den största delen av kostnaden själv. Ett annat exempel är att privata vårdgivare tillhandahåller majoriteten av tandvården för vuxna utan något ansvarsförhållande till, eller avtal, med regionerna som huvudmän.

Figur 3 ger en övergripande bild av vad som ryms i de olika ansvarsbegreppen och hur ansvaret för tandvården fördelas mellan regionerna som huvudmän och staten idag. I efterföljande avsnitt ges närmare exempel på vad som ingår i de olika ansvarsbegreppen.

Figur 3. Olika typer av ansvar i tandvårdssystemet.



Not: Bearbetat utifrån arbetsmaterial från sekretariatet till Vårdansvarskommittén (se figur 1). Utifrån ansvarsbegreppen är nuvarande ordning i tandvården det som står till höger i figuren. Se figur 1 för jämförelse med motsvarande ordning i hälso- och sjukvårdssystemet. Sistahandsansvar benämns även slutansvar.

Systemansvar – tandvårdslagen sätter ramarna

Staten har det yttersta systemansvaret för tandvården, bland annat genom de av riksdagen stiftade lagar som styr tandvården.

Tandvård och hälso- och sjukvård lyder under olika ramlagar, tandvårdslagen (1985:125), TvL, respektive hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Andra lagar, som patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och

patientdatalagen (2008:355), PDL, omfattar dock både hälso- och sjukvård och tandvård.

Målet för tandvården anges i 2 § TvL och är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan enligt vad som anges i 1 § TvL.

Ett flertal statliga myndigheter har tandvården som ett av sina uppdragsområden. Socialstyrelsen ansvarar för kunskapsstyrning och normering genom riktlinjer och föreskrifter, men har också ett instruktionsenligt uppdrag om e-hälsa och interoperabilitet. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar metoder och insatser inom tandvård – bland annat som vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar bland annat om vilken tandvård som ska ingå i högkostnadsskyddet och om referenspriser för olika tandvårdsåtgärder. TLV ansvarar även för den oberoende digitala prisjämförelsesajten Tandpriskollen. Försäkringskassan administrerar och följer upp det statliga tandvårdsstödet, och ska informera befolkningen om de stöd som finns. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över både privata och offentliga vårdgivare. Läkemedelsverket ansvarar bland annat för att godkänna läkemedel och för tillsyn av medicintekniska produkter, inklusive tandtekniska produkter. Utöver dessa kan bland annat nämnas Strålsäkerhetsmyndigheten, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

En central del av systemansvaret rör kompetenskrav och utbildning – ansvaret för det vilar på både staten och regioner. Tandläkare och tandhygienister är enligt 4 kap. 1 § PSL reglerade legitimationsyrken medan tandsköterskor och tandtekniker är exempel på yrken i tandvården som saknar skyddad yrkestitel. Vidare är tandläkarnas specialistkompetens reglerad genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:77) om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

Utbildningen av tandläkare erbjuds vid fyra olika lärosäten i Sverige. Den är helt statligt finansierad vid Karolinska Institutet och Malmö universitet. Vid universiteten i Göteborg och Umeå är teoretisk och preklinisk utbildning för dessa utbildningar finansierade av staten, medan respektive region finansierar klinisk utbildning. Staten ansvarar också för tandläkarnas ST-utbildning (specialiseringstjänstgöring) vid Karolinska Institutet och Malmö universitet. ST-utbildning kan också bedrivas inom Region Stockholm och Skåne, eller inom andra regioner, och där svarar respektive region för utbildningens finansiering. Utbildningen av tandhygienister erbjuds vid sju olika lärosäten i Sverige². Vid Karolinska Institutet och Malmö universitet finansieras

² Karolinska Institutet, Göteborgs universitet, Malmö Universitet, Umeå Universitet, Hälsohögskolan Jönköping, Högskolan Kristianstad, Karlstads universitet.

utbildningen av staten medan den på övriga lärosäten finansieras av respektive region.

Regionerna har på flera sätt ett regionalt systemansvar. I 10 § TvL anges att regionerna ska samverka i tandvårdsfrågor som berör flera regioner. Tandvården är till exempel inkluderad i regionernas nationella system för kunskapsstyrning – där regionerna i samverkan tar ett slags nationellt systemansvar. Flera av de kunskapsstöd som publiceras inom detta system omfattar även tandvård och munhälsa.

Finansieringsansvar – tandvård finansieras delvis av stat och region

Den svenska tandvården finansieras av både staten och regionerna, men till största delen av patienterna själva.

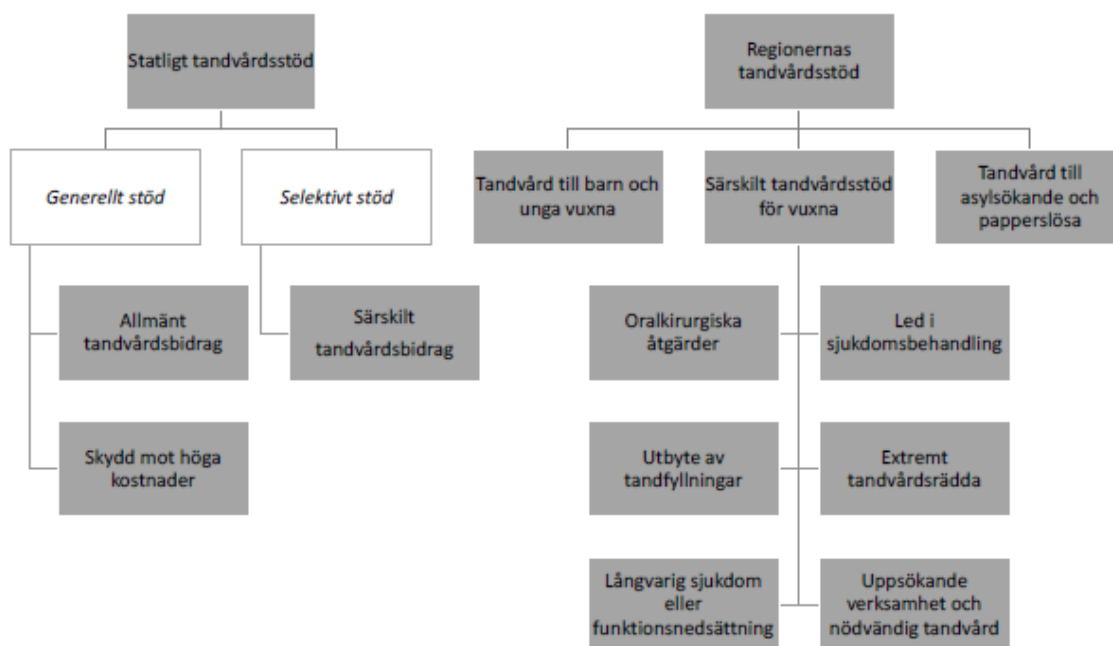
Barn och unga (till och med det år då de fyller 19 år) har tillgång till avgiftsfri tandvård, vilket regionerna finansierar. Vuxentandvården betalas däremot till stor del av patienterna själva. Sammanlagt står patienterna för mer än hälften av den totala tandvårdskostnaden. Inom den delen av tandvården som delvis finansieras av det statliga tandvårdsstödet betalar patienterna cirka två tredjedelar ur egen ficka [1].

Det finns ekonomiskt stöd att få för den som behöver besöka tandvården (se figur 4). I det statliga tandvårdsstödet, som är ett generellt stöd som alla vuxna medborgare har rätt till, finns ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) samt ett högkostnadsskydd för tandvård. Högkostnadsskyddet ersätter delar av kostnaderna som överstiger 3 000 kronor under en tolv månadersperiod. Men det finns också ett visst ekonomiskt bidrag för individer som har behov av förebyggande tandvård som följd av sin sjukdom eller funktionsnedsättning, kallat särskilt tandvårdsbidrag (STB). Det statliga tandvårdsstödet består således av två olika bidrag samt ett högkostnadsskydd. Reglerna om detta återfinns i lagen om statligt tandvårdsstöd och i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Trots att färre personer använder högkostnadsskyddet än ATB och STB, utgörs cirka två tredjedelar av kostnaden för det statliga tandvårdsstödet av högkostnadsskyddet.

Regionerna ansvarar för ett regionalt tandvårdsstöd som vänder sig till vuxna patienter med särskilda behov av stöd, vilket regleras i TvL. Vilken tandvård och vilka patientgrupper som omfattas specificeras i tandvårdsförordningen (1998:1338), TvF och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, som kompletterar bestämmelserna i lagen och förordningen. Detta regionala tandvårdsstöd innebär att patienten betalar för sin tandvård enligt det nationella högkostnadsskyddet för öppna hälso- och sjukvården med samma rätt till frikort. Regionerna ansvarar också för viss

tandvård åt asylsökande och till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd enligt reglerna i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Därutöver finns det särskilda regler för vård och patientavgifter som gäller för asylsökanden och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Figur 4. Olika tandvårdsstöd.



Källa: [5; sid. 150, figur 4.1]

Tandvården kan delas in i tre grupper, baserat på vem som finansierar den:

- tandvård som betalas av regionerna, till barn och unga vuxna samt till vuxna som behöver särskilt stöd
- tandvård till vuxna, där patienterna står för den större delen av kostnaden och viss del betalas av staten
- tandvård utanför tandvårdsstöden, där patienterna står för hela kostnaden.

Tandvården omsatte under 2021 totalt cirka 31,5 mdkr. Merparten av denna omsättning, omkring 57 procent betalade patienterna själva. Den resterande delen finansierades dels av staten med cirka 19 procent genom det statliga tandvårdsstödet, dels regionerna med cirka 24 procent [2].

Vissa vårdgivare erbjuder abonnemangstandvård, vilket innebär att patienter kan ingå avtal om att få tandvård till ett fast pris. År 2019 hade nästan en tredjedel av alla vuxna patienter som besökte folktandvården abonnemangstandvård (s.k. Frisktandvård), vilket motsvarar 13 procent av alla vuxna tandvårdspatienter i Sverige [3].

För patienter som inte har råd med tandvård finns det vissa möjligheter att få en avbetalningsplan eller ansöka om ett lån. Om det inte finns några andra alternativ till att betala för tandvården kan patienten ansöka om ekonomiskt bistånd från socialtjänsten. Det finns även organisationer som kan ge ekonomiskt stöd, till exempel Röda korset och Stadsmissionen [4].

Det råder fri prissättning inom tandvården. Den fria prissättningen gäller för såväl folktandvården som för privat driven tandvård. Priset ska dock vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt (4 § TvL). Det statliga tandvårdsstödet del av kostnaderna baserar sig på så kallade referenspriser, som TLV beslutar om. Referenspriset anger normalpriset för en behandling och är beräknat med hänsyn till hela behandlingens kostnad, inklusive tandtekniskt arbete och material. Eftersom prissättningen är fri, kan vårdgivare välja att ta ett högre pris än vad referenspriset anger. I dessa fall betalar patienten själv mellanskillnaden. Patientens faktiska tandvårdskostnader blir således högre i det fall vårdgivarens pris överstiger referenspriset för en behandlingsåtgärd. Folktandvårdens prislistor styrs av regionalpolitiska beslut [2]. För att patienten ska kunna jämföra olika tandvårdsmottagningars priser finns den digitala prisjämförelsesajten Tandpriskollen.

Tillhandahållaransvar – regionerna har det övergripande ansvaret

Regionerna ansvarar för invånarnas tillgång till tandvård. Genom TvL har regionerna ett ansvar för befolkningens munhälsa. I 8 § TvL framkommer att regionerna är ansvariga för planering av tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Planeringen ska avse även den tandvård som erbjuds av annan än regionen. Regionernas vårdansvar innebär en skyldighet att tillförsäkra alla invånare en god tandvård (Prop. 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m). Ansvaret omfattar såväl planerad som akut tandvård (3 och 8 §§ TvL). Regionens särskilda ansvar för barn och unga vuxna samt att de med särskilda behov omhändertas lyfts även särskilt i lagstiftningen.

Att regionerna ansvarar för invånarnas tillgång till tandvård, implicerar att de har ett så kallat sistahandsansvar (även kallat slutansvar) [5]. Ansvaret kan ses som en skyldighet att vid behov bedriva verksamhet där inga privata aktörer bedriver verksamhet [s. 437, 5].

Kravet om regionernas åtagande att erbjuda god tandvård medför å ena sidan ingen begränsning för privata vårdgivare att bedriva tandvårdsverksamhet. Å andra sidan medför kravet att om den privata vårdgivaren väljer att avsluta sin verksamhet har regionen skyldighet att se över befolkningens behov av tandvård och vid behov erbjuda den ytterligare vård som behövs, även om det kan vara svårt att få verksamheten ekonomiskt lönsam [5].

Grundprincipen är att regionerna har ett kvarstående huvudmannaskap för sådan verksamhet som de efter ett beslut överlämnat till privata utförare. Regionen kan sluta avtal med någon annan aktör att utföra dess uppgifter, så länge som det inte rör sig om myndighetsutövning (5 § TvL). Sådana avtal med privata vårdgivare finns vanligen för tandvård till barn och unga vuxna samt vid köp av tjänst av viss specialisttandvård som bedrivs i privat regi [5, s.437]. I dessa fall kvarstår regionen som huvudman och regionen har det yttersta slutliga ansvaret för att den anlitate privata vårdgivaren uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten.

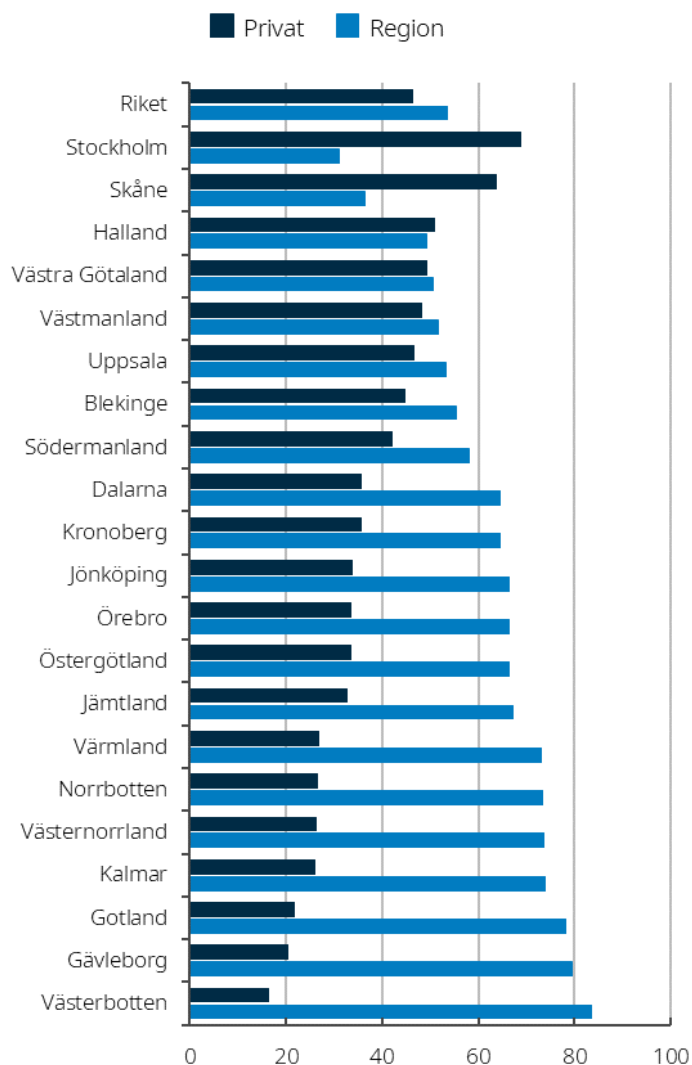
För tandvård till personer som behöver särskilt stöd räcker det däremot att vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet för att ha möjlighet att utföra tandvård som sedan debiteras regionen. För tandvård inom statligt tandvårdsstöd eller tandvård som utförs utan tandvårdsstöd finns inte heller något avtalsförhållande med regionen inom vilken verksamheten sker, eller där patienten är folkbokförd. Majoriteten av tandvården för vuxna tillhandahålls därför av privata vårdgivare som inte har någon formell huvudman.

Av SKR:s verksamhetsstatistik framkommer att folktandvården de senaste åren svarat för omkring 85 procent av tandvården för barn och ungdomar 0–23 år och privattandvården för 15 procent inom denna åldersgrupp. För tandvård som finansieras inom ramen för regionernas särskilda tandvårdsstöd svarade folktandvården år 2023 för närmare 60 procent av den så kallade N-, F- och S-tandvården³, och för över 80 procent av specialisttandvården. Privattandvårdens motsvarande andel utgjorde omkring 40 procent för N-, F- och S-tandvården, och närmare 20 procent av specialisttandvården. Sett över tid har andelen privat utförd tandvård sammantaget ökat inom ramen för regionernas särskilda tandvårdsstöd för vuxna [6].

Inom det statliga tandvårdsstödet för vuxna svarar folktandvården för cirka 35 procent av vården [2]. Folktandvårdens andel av tandvården – mätt som andel av alla patienter inom statligt tandvårdsstöd – skiljer sig mellan regionerna. Sett till fördelningen mellan offentligt och privat utförd tandvård, har folktandvården i majoriteten av alla regioner minskat sin andel de senaste åren. Numera är de privata vårdgivarnas andel, mätt som andel av patienter inom statligt tandvårdsstöd, högre än folktandvårdens andel i samtliga regioner [7]. Den fördelningen ser dock omvänd ut när det kommer till akut tandvård. De privata vårdgivarnas andel, mätt som andel besök för personer som endast besökt tandläkare akut, är istället lägre än folktandvårdens andel i majoriteten av alla regioner, se figur 5.

³ N-tandvård är nödvändig tandvård för personer med ett bestående och stort omsorgsbehov. Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning ingår till personer med intyg om N-tandvård. F-tandvård är tandvård vid vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning. S-tandvård är tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid.

Figur 5. Procentuell fördelning av vårdgivarkategori bland personer 24 år och äldre, som endast besökt tandläkare akut år 2023.



Källa: Tandhälsoregistret.

Verksamhetsansvar – vilar på både privata och offentliga vårdgivare

Tandvård bedrivs såväl av respektive regions folktandvård som av privata vårdgivare. Folktandvård finns i samtliga 21 regioner, och har cirka 840 mottagningar [8]. I fem regioner (Sörmland, Västmanland, Skåne, Stockholm och Gävleborg) bedrivs folktandvården i bolagsform.

Utöver fri prissättning, råder det även fri etableringsrätt att starta en tandvårdsmottagning. I Sverige finns det cirka 1 800 privata vårdgivare med cirka 2 900 mottagningar [8]. Många är småföretag men på senare år har flera tandvårdskedjor etablerats. Det finns även cirka 300 tandtekniska laboratorier.

Respektive vårdgivare har ett verksamhetsansvar för den vård som bedrivs och ett arbetsgivaransvar för verksamhetens personal. Det innefattar att främja en hög patientsäkerhet och en god arbetsmiljö. Sammanlagt arbetar runt 24 000 personer i tandvården i Sverige [8]. Majoriteten är tandsköterskor, tandläkare, tandhygienister, och tandtekniker. En sammanställning över sammansättningen av sysselsatt tandvårdspersonal per 1 000 invånare visar att det var omkring 1 tandsköterska per 1 000 invånare, och motsvarande 0,8 tandläkare samt 0,4 tandhygienister år 2021 [9].

Tandvårdens styrkor och utmaningar

I det här kapitlet beskriver vi tandvårdens styrkor och utmaningar med utgångspunkt i synpunkter från nyckelaktörer samt i kunskap från relevant litteratur. I vissa delar redovisar vi även uppgifter från olika undersökningar och register.

På det här sättet vill vi ge en överskådlig bild av tandvårdens styrkor och utmaningar. Samtidigt får man väga in att områden som lyfts fram som styrkor kan rymma utmaningar, och att det även finns styrkor eller goda exempel inom de områden som identifieras som utmaningar. Nyckelaktörerna är inte helt samstämmiga – samma aspekt kan ses som en styrka av vissa nyckelaktörer och som en utmaning av andra.

Flera styrkor, och munhälsan utvecklas i positiv riktning

En förebyggande ansats

Den svenska munhälsan har genom åren utvecklats i positiv riktning och det finns flera anledningar till det. Bland annat ses den utvecklingen bero på den allmänna barn- och ungdomstandvårdens utbyggnad, fluorid tandkrämens genomslag och en ökad medvetenhet i befolkningen om regelbundna matvanor och egenvård för att främja munhälsan [5, 10].

Tandvården har en högre andel förebyggande insatser jämfört med hur det ser ut i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörer framhåller att tandvården historiskt sett varit mycket framgångsrik med prevention, vilket över tid har varit en grundbult för att förbättra hälsan i befolkningen. Att tandvården genom basundersökningar, utbildning- och information, screening och hälsofrämjande insatser bidrar till att förebygga ohälsa och att förbättra både mun- och allmän hälsa hos befolkningen ses som en styrka. Vidare lyfts att det finns goda exempel på initiativförmåga och kreativitet i folktandvården för att på nya sätt nå ut till socioekonomiskt utsatta områden, sköra äldre samt skolelever. Nyckelaktörer framhåller även att Sverige utmärker sig positivt internationellt med att ha en mer preventiv och hälsofrämjande ansats i tandvården.

Samtidigt som den preventiva ansatsen på dessa sätt lyfts som en styrka är det flera som betonar att tandvården behöver skifta till ett mer orsaksinriktat arbetssätt än idag. Det innebär att i större utsträckning utreda och behandla orsaken till problemen, där restaurativa åtgärder och rekonstruktioner inte

påbörjas innan patienterna uppvisar en god oral hälsa fria från karies och tandlossning.

Offentligt finansierade tandvårdsstöd

Nyckelaktörer framhåller det som en styrka att barn och unga (till och med 19 år) har tillgång till avgiftsfri tandvård, att personer med behov av särskilt stöd prioriteras, och att det finns högkostnadsskydd för vuxna i tandvården. Vidare nämns att de två formerna av statliga tandvårdsstöd, ATB och STB, också kan ses som ett uttryck för den profylaktiska inriktningen hos svensk tandvård.

Genom det regionala tandvårdsstödet för N-, F- och S-tandvård samt statligt tandvårdsstöd och högkostnadsskydd ges utsatta grupper med stora vårdbehov bättre möjligheter att ha råd med tandvård. [Nyckelaktör⁴]

Ur ett internationellt perspektiv är det en relativt hög andel av befolkningen i Sverige som anger att de har tillgång till den tandvård de behöver [11]. Sverige är också ett av länderna i Europa med högst andel offentligt finansierad tandvård per invånare [12].

Patienterna har förtroende för personalen och är förhållandevis nöjda

Majoriteten av patienterna i tandvården har förtroende för sin tandvårdspersonal och uppfattar att personalen lyssnar på dem och deras önskemål [13]. Nyckelaktörer framhåller också tandvårdens relativt höga servicenivå. Kundnöjdhetsundersökningar [14, 15] visar att nöjdheten har minskat men att tandvårdens patienter i allmänhet fortsatt är mer nöjda med den tandvård de erhåller än patienter i övrig vård.

Nyckelaktörer nämner att patienternas nöjdhet delvis kan förklaras av att tandvården, på gott och ont, har mer av ett kund- än patientfokus än i hälso- och sjukvården.

Hög grad av kontinuitet och personligt engagemang

Nyckelaktörer lyfter det personliga engagemanget och närheten till patienter som en styrka även om de ser en tendens till att det minskat över tid.

En styrka med tandvården jämfört med hälso- och sjukvården är att tandvården har en högre grad av personkontinuitet – fler patienter träffar ofta samma tandläkare när de besöker tandvården. Hög kontinuitet ger generellt

⁴ Denna och liknande citat/återgivning avser synpunkt från nyckelaktör, som kommer från skriftligt svar eller möte. Har ibland förtydligats språkligt för ökad tydlighet.

högre kvalitet och effektivitet, men det kan samtidigt finnas situationer när det inte är lika positivt. Exempelvis är risken att patienter med högt förtroende för sin tandläkare inte omvärderar valet av tandläkare eller vårdgivare, även om det egentligen vore motiverat med utgångspunkt i antingen pris eller kvalitetsskillnader [13].

Hög kvalitet och kunskapsstyrning i utveckling

Ett flertal nyckelaktörer framhåller att tandvården i Sverige generellt har en hög kvalitet och servicenivå. Det anses bland annat bero på att de svenska utbildningarna internationellt sett håller hög kvalitet och ger en god grundkompetens för de legitimerade professionerna inom tandvården. Att vi i Sverige har 9 olika odontologiska specialistutbildningar för tandläkare uppfattas även bidra till en mer jämlik vård då utbildningen är likartad inom respektive specialistområde.

Det framhålls även att kvaliteten i tandvården påverkas positivt av att tandvården går mot en ökad kunskapsstyrning med nationella riktlinjer, ökad nationell samordning, samt att möjligheten till uppföljning och lärande, genom tillgången till registerdata, driver utvecklingen framåt.

Nyckelaktörer uppger att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård [16] underlättar implementering av god vård och ger riktning för vad som ska prioriteras och göras eller inte göras. Samtidigt lyfts implementeringsutmaningar och svårigheter att nå ut med riktlinjerna till tandvårdens alla aktörer, samt att implementeringen troligen skulle underlättas om riktlinjerna följdes upp mer på klinisknivå.

Kopplat till kunskapsstyrning och kvalitetsförbättringar har tandvården minskat sin användning av antibiotika, och informationsinsatser från tandvårdsstrama som troligen bidragit till det, är ett gott exempel på kunskapsstyrning [17, 18].

Nyckelaktörer lyfter att Svenskt kvalitetsregister för karies- och parodontit (SKaPa), Svenskt kvalitetsregister för dentala implantat (SKRI), Tandhälsoregistret och de så kallade Jönköpingsstudierna ger faktaunderlag för en dialog om dagens och framtidens tandvård. En styrka med SKaPa, som är Sveriges största kvalitetsregister, anses vara att registret har automatisk informationsförsörjning vilket gör att personal slipper ägna sig åt manuell inmatning av data till registret. Samtidigt framhålls bristen i täckningsgrad då det framför allt är folktandvårdsorganisationer som rapporterar data dit, medan flera större privata vårdgivare i tandvården saknas. Även för Tandhälsoregistret finns det utvecklingsbehov kopplat till att utöka inrapporteringen till registret. I nuläget inkluderas inte barn och unga i tandhälsoregistret, och det finns en underrapportering av antalet patienter med regionalt tandvårdsstöd [7].

Valfrihet och mångfald av vårdgivare

En ytterligare styrka som framhålls av nyckelaktörer är att både patienter och tandvårdspersonal har en stor valfrihet, särskilt inom vuxentandvården. Valfriheten uppfattas bidra till en ökad tillgänglighet för patienterna men också en attraktivare arbetsmarknad för kompetensförsörjning. Ur de perspektiven ses konkurrensen som positiv, samtidigt som nyckelaktörer påpekar att de olika förutsättningar som råder mellan offentliga och privata vårdgivare leder till en ojämlik konkurrens dem emellan.

Utmaningar kring jämlikhet och effektivitet blir allt mer påtagliga

Munhälsa och tandvård är ojämlikt fördelad

I takt med att munhälsan i befolkningen har blivit bättre, har också skillnaderna mellan de som har sämst munhälsa och de som har bäst munhälsa i befolkningen minskat [5]. Samtidigt kvarstår betydande skillnader i munhälsa och i tillgång till förebyggande tandvård mellan specifika grupper i samhället (bl.a. utifrån socioekonomi) och i många fall förstärks skillnaderna med ökad ålder [5].

I Socialstyrelsens rapport ”Vård och omsorg för äldre” från 2024 konstaterar myndigheten att de socioekonomiska skillnaderna i äldres munhälsa minskar över tid, men att tillgången till tandvård varierar i landet och att de geografiska skillnaderna ökar [19].

Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor?*. Enkäten vänder sig till ett urval av Sveriges befolkning och innehåller bland annat frågan ”Hur tycker du att din tandhälsa är?”. Resultat [20] från enkäter ett tiotal år bakåt i tiden pekar på att skillnaderna i självrapporterad ”dålig tandhälsa” har minskat över tid när svar från personer från Sverige jämförs med svar från personer födda utanför Europa (dock ej åldersstandardiserade värden). Utifrån personers utbildningsnivå ses inte en lika tydlig utveckling, där tycks skillnaderna mellan personer med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning bestå. Personer födda utanför Europa respektive personer med kortare utbildning svarar i genomsnitt att de har en sämre tandhälsa jämfört med befolkningen i övrigt.

Att tandvården inte är jämlik framhålls av nyckelaktörerna som en av de mest centrala utmaningarna, både när det gäller tillgången till tandvård och när det gäller munhälsan. De lyfter också att det finns flera anledningar till det – inte minst utmaningen med att tandvårdens resurser fördelas så att tillgängligheten och munhälsan blir mer jämlik, samt hur det ska gå till.

Många personer går inte till tandvården fast de skulle behöva

Resultat från olika enkätundersökningar pekar på att det finns ett latent behov av tandvård hos grupper som av ekonomiska skäl inte besöker tandvården. Personer som avstått tandvård av ekonomiska skäl bedömer samtidigt sin munhälsa som sämre än övriga befolkningen [7]. Olika enkätundersökningar som försöker mäta frågan om att ha avstått tandvård visar på olika resultat. I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät år 2024 uppgav 12 procent av befolkningen 24 år och äldre att de under de senaste tre månaderna avstått tandvård av ekonomiska skäl. Andelen har ökat något sedan undersökningen 2020 och är högre för yngre än för äldre⁵. Många söker också vård först när problemen redan blivit allvarliga, vilket riskerar att öka kostnaderna både för dem själva, för tandvården, och för hälso- och sjukvården.

Det finns en mängd exempel på grupper i befolkningen som får stöd av, eller besöker tandvården i lägre utsträckning än förväntat utifrån deras behov [5, 7, 21–23, 25–26]. Placerade barn har till exempel en sämre munhälsa än barn som inte är placerade, men besöker tandvården något mer sällan än befolkningen i övrigt [21]. Patientrepresentanter vi haft kontakt med lyfter även att samhällsplacerade barn och unga som flyttar mellan kommuner eller regioner har stora utmaningar med att få en kontinuerlig tandvård. Ett annat exempel är att personer med funktionsnedsättning med stöd från socialtjänsten besöker tandvården mer sällan än den övriga befolkningen, trots en sämre munhälsa. Personer med insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, personer inom socialpsykiatri, eller personer äldre än 44 år med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, besöker tandvården för en basundersökning i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt [22–23]. Ytterligare ett exempel är att många äldre personer (på t.ex. SÄBO) inte får den hjälp de behöver med sina tänder och munhygien [24].

Studier visar att det finns en låg nyttjandegrad, och stora skillnader i hur tandvårdsstöd når avsedda målgrupper, samt att varken vårdpersonal eller patienter har tillräcklig kännedom om de tandvårdsstöd som finns eller som de är berättigade till [13, 23, 25, 26]. Nyckelaktörer bekräftar att den bilden stämmer än idag.

I en rapport från SKR [26] om regionernas särskilda tandvårdsstöd 2023 framkommer att en lägre andel än de som är berättigade nås av stöden och att variationerna mellan regioner är betydande. Samma rapport visar dock att andelen som erhåller de olika stöden ökat något jämfört med tidigare år.

⁵ I databasen *Folkhälsodata* finns resultat från samtliga undersökningar: https://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata__A_Mo8__8_Sjukvard__04Tandvard__08.14tlesok/.

Regionernas tandvårdsnätverk framhåller att regionerna, trots komplexa regelverk för de olika stödsystemen kopplat till regionernas särskilda stöd, i större utsträckning nått avsedda målgrupper inom den så kallade N-, F- och S-tandvården än vad Försäkringskassan gjort när det gäller STB (20 procent av målgruppen) och även tidigare när det gäller den förhöjda ersättningen (10 procent av målgruppen). Att regionerna nått fler individer med tandvårdsstöden beror enligt dem till stor del på den samverkan som finns på lokal nivå.

Brist på personal och geografiska skillnader ger en sämre och mer ojämlik tillgång till tandvård

Tillgången till tandvård, i form av personal och tandvårdskliniker, varierar över landet. Det gör att både närheten till och utbudet av tandvårdstjänster skiljer sig geografiskt mellan olika delar av Sverige [9].

Under de senaste decennierna har det skett en kraftig ökning av både tandhygienister och tandläkare [8, 27]. Antalet utfärdade legitimationer för tandhygienister minskade dock med 50 procent 2022 jämfört med 2017 [9], och nyckelaktörer framhåller utmaningar med allt fler tandhygienister väljer att lämna yrket.

Arbetsgivarna i tandvården upplever en bristande tillgång på personal inom alla tandvårdens yrkesgrupper; andelen som uppger det har ökat över tid [7]. Rekryteringsproblemen är störst inom folktandvården, där tudelningen av tandvården (barn/vuxna) anses påverka folktandvårdens attraktivitet som arbetsgivare negativt [7]. Men även privata vårdgivare beskriver, bland annat som en konsekvens av en allmän urbaniseringstrend, svårigheter att attrahera personal till kliniker utanför storstadsregionerna [5]. Tandläkare och tandhygienister med längre erfarenhet är i större grad verksamma i storstadslänen, medan de med kortare arbetslivserfarenhet i högre grad arbetar i utflyttningslän [9].

Nyckelaktörer påpekar att brist på personal medför risk för kortare behandlingstider och sämre behandlingskvalitet, längre vårdköer, pressade arbetsförhållanden och höga intäktskrav på befintlig personal. Det uppges att konsekvenserna för folktandvården i flera regioner blivit långa väntetider och svårigheter att ens ta emot nya vuxna patienter. Vidare framhålls att privata vårdgivare, genom att höja vårdgivarpriserna, har möjlighet att skapa bättre villkor för (och på så sätt behålla) sin personal. Men att den möjligheten är lägre för folktandvården, vars priser bestäms genom politiska beslut.

Det finns ingen nationell uppföljning av väntetider inom tandvården och vi vet lite om hur långa väntetiderna är för olika grupper av patienter på olika platser i landet, eller om och hur väntetiderna påverkar patienters hälsa [13].

En enkätundersökning från Tandläkarförbundet [28] riktad till tandläkare verksamma i de norra delarna av Sverige styrker bilden av långa väntetider för tandläkarbesök i landets norra regioner. I undersökningen uppskattade tandläkarna hur lång den förväntade kötiden är för deras vuxenpatienter (borträknat akutpatienter). Resultatet visade bland annat att väntetiderna är längre hos allmäntandläkare inom folktandvården än hos privat anställda allmäntandläkare eller allmäntandläkare som driver egen verksamhet. Det ökade trycket på folktandvårdsorganisationerna i dessa regioner kommer också till uttryck genom att flera regioner inte längre erbjuder frisktvårdssavtal. I förlängningen leder det till ett minskat utbud av förebyggande och hälsofrämjande insatser för vuxna patienter.

Det är oklart i vilken utsträckning nya kompetenskrav (krav på legitimation som bl.a. tandläkare) på utförare enligt lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, LEKEI⁶, påverkar kompetensförsörjningen i tandvården. Samtidigt uttrycker många nyckelaktörer en oro kring detta och lyfter det som ett problem att tandläkare arbetar med behandlingar utan medicinskt syfte och som de inte utbildats för – alternativt att platser på tandläkarutbildningen upptas av personer som sedan inte kommer att arbeta med tandvård.

En studie [29] från Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, som har i regeringsuppdrag att följa upp effekterna av LEKEI, indikerar dock att den oron delvis kan vara obefogad, och att färre tandläkare än förväntat faktiskt jobbar med denna typ av ingrepp och behandlingar. I en enkätundersökning riktad till ett urval av personer i befolkningen svarar enbart 4 procent av de som genomgått estetiska injektionsbehandlingar 2010–2024 att de uppfattade att behandlingen utförts av en tandläkare, motsvarande andel för kirurgi var 0 procent. Majoriteten uppgav istället att behandlingen hade utförts av en plastikkirurg eller sjuksköterska.

Regionalt tandvårdsstöd skapar ojämlikheter

Nyckelaktörer ger flera exempel som tydliggör att det regionala tandvårdsstödet orsakar ojämlikheter beroende av att regionerna tolkar och applicerar regelverket olika.

Regionerna tar fram anvisningar för hur stödet ska tillämpas, utifrån TvL tandvårdsförordningen, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Regelverket är sammantaget komplext och anvisningarna förutsätter en medicinsk bedömning på vissa indikationer och förutsättningar som är medicinskt svårbedömbara – vilket försvårar möjligheterna att göra likvärdiga bedömningar. Till stor del beror skillnaderna även på en kombination av det

⁶ LEKEI, trädde i kraft 1 juli 2021. Lagen innebär bland annat att det i syfte att öka patientsäkerheten för personer som genomgår estetiska behandlingar införts kompetenskrav där endast legitimerad läkare, tandläkare eller sjuksköterska får utföra injektionsbehandlingar, och endast legitimerad läkare eller tandläkare med adekvat specialistkompetens för ingreppet får utföra kirurgi.

kommunala självstyret, där regioner och kommuner själva kan välja att prioritera ett område i högre utsträckning än vad som är stipulerat i lagar och förordningar, samt en tandvårdslag och tandvårdsförordning (1998:1338) med övergripande målbestämmelser som inte i detalj reglerar vilka patienter som är berättigade stödet, vilket medger ett tolkningsutrymme.

Utöver att regionerna tolkar och applicerar det nationella regelverket på olika sätt påverkas ojämlikheterna även av bristande kännedom om stöden bland behandlande personal som också kan tolka de nationella och regionala regelverken olika.

Regionernas olika tolkning och implementering av regelverken bekräftas även i utvärderingar och uppföljning på området, från Socialstyrelsen och SKR [25, 26]. I SKR:s uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd [26] framkommer att variationerna mellan regionerna är betydande sett till i vilken utsträckning stöden når de avsedda målgrupperna. Enligt SKR beror det bland annat på att tillgången på tandvårdspersonal, ersättningen till vårdgivare för olika åtgärder, samt att organisation och tillämpade rutiner skiljer sig åt mellan regionerna. Men det beror även på att vissa regioner medger mer vård än den miniminivå som regleras i TvF [26].

På grund av olika budgetar för tandreglering kan en patient med samma bettavvikelse få kostnadsfri vård i en region men inte i en annan. [Nyckelaktör]

Vidare nämns även att socialtjänsten, som i vissa fall lämnar ekonomiskt bistånd⁷ för nödvändig tandvård till personer som av ekonomiska skäl inte kan täcka sina tandvårdskostnader, har olika praxis och tolkningar för när det ska vara aktuellt. Tolkningen av nödvändig tandvård nämns variera mellan kommuner, och sättet ekonomiskt bistånd för det förmedlas på, skilja sig åt.

Ytterligare ett exempel på skillnader som uppstår på grund av det kommunala självstyret är att den sänkta åldersgränsen för avgiftsfria barn- och ungdomstandvård hanterats på olika sätt av regionerna.

Vissa regioner går in och kompenserar så att man har fortsatt avgiftsfri tandvård även efter att man fyllt 20 medan andra håller sig strikt till beslutet och SKR:s rekommendationer om övergångsregler. [Nyckelaktör]

⁷ Socialtjänstens ekonomiska bistånd är välfärdssystemens yttersta skyddsnät och har till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt. Enligt 4 kap. 1 § SoL, inkluderas ekonomiskt bistånd till livsföringen i övrigt vilket ska tillgodose kostnader för behov som kan ingå i en skälig levnadsnivå och som uppstår då och då. Till exempel kostnader för tandvård, glasögon, sjukvård och medicin. En individuell bedömning måste göras av vad som är skäligt för den som söker.

Att tandvårdsstöden är komplexa ökar behovet av administration

Uppdelningen mellan statligt och regionalt tandvårdsstöd med alla olika tolkningar och regelverk blir sammantaget väldigt komplext att sätta sig in i för både patienter och personal. Inte minst när patienter flyttar till en ny region. Flera nyckelaktörer betonar att det skapar mycket administration, såväl hos personal inom tandvården som personal i hälso- och sjukvården som ska förhålla sig till olika tolkningar och regelverk, som också administreras i olika IT- och journalsystem.

Nyckelaktörer anser att regionerna och deras bedömningstandläkare kan sakna specialistkompetens inom områden de tar beslut om. I många regioner finns det krav på varifrån remissen ska komma för att patienten ska kunna prövas och ingå i stödet [5]. Specialisttandläkare i tandvården kan skriva förhandsbedömningar kopplat till att erbjuda tandvård till patienter till hälso- och sjukvårdsavgift. Dessa förhandsbedömningar ska, utifrån regionernas anvisningar, bedömas av regionernas bedömningstandläkare, vilka därför kan komma till ett annat beslut.

Bristande samverkan

Nyckelaktörer lyfter bristande samverkan mellan vårdgivare i tandvården och hälso- och sjukvården, samt med kommunala verksamheter, samtidigt som de nämner att samverkan utvecklats positivt under åren. Folktandvårdens etablerade samverkan med barnhälsovården (BVC) påpekas fungera väl. Det nämns att geografiskt samlokaliserade verksamheter har lättare att få till en välfungerande samverkan.

Generellt uppfattar nyckelaktörer att det är svårt att få till en fullt ut fungerande samverkan givet bristande förutsättningar och incitament för det – till exempel givet dagens ersättningsmodeller, men också att samverkan försvåras av olika kulturer och styrmodeller. Bristen på journalsystem som kan kommunicera med varandra och avsaknaden av ett gemensamt språk (terminologi och interoperabilitet) uppges vidare försvåra informationsutbyte, ansvarsfördelning och kontinuitet i vårdkedjor.

Socialstyrelsen publicerade 2019 en kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård [30]. I den konstaterades att de stora hindren för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård bottnar i en lång tradition av två separata system med olika kulturer, finansiering, ledning och styrning. Rapporten lyfter även att möjligheten för vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård att dela uppgifter om en patient med dennes samtycke är goda, givet bestämmelser i PDL (2008:355). Det är snarare praktiska svårigheter med bristande interoperabilitet mellan olika system för journalföring och e-tjänster, än juridiska hinder som försvårar. Bristande

samverkan mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri har lyfts i en annan rapport från Socialstyrelsen 2024 [23].

Regionernas samverkan och samordning med privata vårdgivare anses utmanande. Regionen har en skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av tandvården. TvL ställer dock inga krav på de parter som regionen är skyldiga att samverka med varför skyldigheten att samverka inte är ömsesidig. En kartläggning genomförd av utredningen om jämlik tandhälsa visade att samverkan i vissa regioner tillämpas och fungerar väl, medan det i andra regioner sker i mycket begränsad omfattning [5, s. 522].

Det finns inte heller i systemet någon typ av områdesansvar som skulle kunna öka samverkan med primärvård. Ej heller några extra incitament att exempelvis arbeta preventivt i socioekonomiskt svaga områden. [Nyckelaktör]

En tandvård och prissättning i obalans

Nyckelaktörer framhåller att det är problematiskt att det i tandvården sker en minskad produktion, parallellt med stigande priser och ökad lönsamhet i den privata sektorn.

TLV har genomfört en fördjupad analys [31] av den minskande tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet. Fokus ligger på vuxentandvård som utfördes inom ramen för det statliga tandvårdsstödet mellan 2009 och 2019. För att kunna tolka minskningen i antalet besök per tandläkare, är det viktigt att förstå de strukturella förändringar som sker inom tandvården, på både utbuds- och efterfrågesidan. Efter att hänsyn tagits till strukturella förändringar, visade TLV:s analyser att den minskande tandvårdsproduktionen kvarstod hos privata sektorn, men inte hos folktandvården. TLV nämner att det kan finnas flera orsaker till tandläkarnas produktionsminskning inom den privata sektorn. En förbättrad munhälsa och därigenom ett minskat tandvårdsbehov, eller att produktionsminskningen inom det statliga tandvårdsstödet ersätts med produktionsökning för andra typer av tandvård eller andra behandlingar.

Vårdgivarpriserna för tandvård har ökat i relation till TLV:s referenspriser under de senaste tio åren vilket innebär att en allt större andel av patienterna betalar höga priser. År 2022 betalade 85 procent av patienterna ett pris som var högre än referenspriset [7].

Nyckelaktörer lyfter att nya större tandvårdskedjor har bildats, finansierade av riskkapitalbolag. Vissa menar dessa aktörer har starkare incitament att skapa ekonomiskt mervärde för sina ägare. Konkurrensverket konstaterade år 2018 att lönsamheten i tandvårdsbranschen hade ökat successivt sedan tandvårdsreformen 2008 och att den var förhållandevis hög jämfört andra

branscher inom vård och omsorg med en genomsnittlig vinstmarginal för aktiebolagen på runt 11 procent under perioden 2013–2016 [32]. Lönsamheten fortsatte att öka 2016–2019, men minskade markant i samband med pandemin 2020. År 2022–2023 låg lönsamheten återigen kring omkring 11 procent [33]. Lönsamheten för tandvård, exkluderat bolag med en omsättning under 10 miljoner kronor, uppgick till 5,3 procent under 2023⁸.

Tandvården har karaktärsdrag som gör den mindre utsatt för priskonkurrens och individers tandvårdskonsumtion styrs av andra faktorer än enbart priset. En studie om priselasticitet⁹ i tandvården från 2012 [34] visar att högre vårdgivarpriser leder till en minskad konsumtion av basundersökningar, medan resultaten antyder att patienter är mindre känsliga för prisändringar (i alla fall relativt små) i protetiska åtgärder. Patienter i genomsnitt uppger att de värderar hög kvalitet och kontinuitet mer än låga priser [13].

Ett annat område som nämns är bristande förutsättningar att kunna granska konkurrensneutraliteten mellan tandvård i privat och offentlig regi. Där regioner uppvisar bristande dokumentation och transparens, trots gemensam modell för transparent redovisning inom folktandvården [35].

Omkring hälften av folktandvårdens verksamheter i Sveriges regioner går med underskott. Enligt nyckelaktörer kan det delvis förklaras av att tandvården är tudelad, där relativt få privata vårdgivare tillhandahåller barntandvård eller tandvård inom ramen för regionernas särskilda stöd, och att ersättningen för de privata vårdgivarna att göra det är för låg. Folktandvården har däremot krav på sig att svara för den tandvården, enligt 7 § TvL. Samtidigt påpekas att tandvården för vuxna genom det statliga tandvårdsstödet kan tillhandahållas med bättre ekonomiska förutsättningar, medan den regionala ersättningen inte anses motsvara den nivå som de privata vårdgivarna bedömer att de behöver.

... tudelad ... där folktandvården i högre utsträckning behöver svara för akuttandvård, barntandvård och tandvård till sköra grupper, medan de privata aktörerna kan ta emot vuxna patienter inom det statliga tandvårdsstödet i den omfattning de själva bedömer lämplig. [Nyckelaktör]

Specialisttandvården rapporterar att de får fler och fler patienter som tidigare behandlades i allmäntandvården, och att det gör att friskare patienter riskerar att tränga undan de patienter som har störst tandvårdsbehov [9].

Vidare påpekas att många individer som är nya i sitt yrke startar sin karriär inom folktandvården, för att sedan när de fått erfarenhet är vanligt att de går

⁸ Dessa bolag omfattas nästan uteslutande av fåmans-bolagsregler vilket innebär att de ofta har andra (inte marknadsmässiga) löner. Därför anses lönsamheten justerad för bolag under 10 miljoner kronor i omsättning ge en mer representativ bild av lönsamheten inom sektorn [33].

⁹ Elasticiteten anger med hur många procent konsumtionen av tandvård förändras när priset förändras med en procent.

vidare till privata kliniker eller till specialisttandvården. Nyckelaktörer lyfter att folktandvården inom allmäntandvården inte kan konkurrera lönemässigt med vare sig den privata sektorn eller specialisttandvården.

Systemet är inte anpassat till (nya) vård- och behandlingspanoraman

Allt mer forskning visar på att det finns samband mellan munhälsa och allmänhälsa. Det finns en ökad kunskap om sambandet mellan munhälsa och bland annat högt blodtryck, diabetes, demens, aspirationspneumoni, graviditetskomplikationer, fetma, hjärtinfarkt, stroke och cancer [11, 36]. Ur det perspektivet lyfts det som problematiskt att tandvårdssystemet och munhälsan inte är tillräckligt integrerad med hälso- och sjukvården och omsorgen.

En åldrande befolkning kräver mer stöd och (komplexa) behandlingar. I årsrapporten från SKaPa 2023 [37] framkommer många personer som går från att vara helt självständiga till att bli mer beroende av stöd och hjälp från andra förlorar både sin regelbundna tandvårdskontakt och tänder. I rapporten påvisas även en tydlig ökning över tid av karies och fyllningar bland personer över 80 år, hos yngre personer har den utvecklingen å andra sidan minskat. Sammantaget visar analyserna från SKaPa att en betydande andel patienter med uttalad parodontit inte erhåller den behandling som bör vara motiverad.

Antalet äldre med fler kvarvarande tänder har ökat vilket till exempel kräver mer utbildning för, och insatser från, personal inom äldreomsorg och hemtjänst. Samtidigt saknas kunskap om munhälsa bland personal inom hälso- och sjukvården och omsorgen [25]. Nyckelaktörer framhåller att ”den sköra patienten är vår framtids största utmaning” och att det finns en stor kunskapsbrist i hur omfattande utmaningen är. Existerande system med munhälsobedömningar tycks till exempel implementeras bäst i SÄBO men undermåligt där majoriteten av de sköra förväntas befinna sig så länge som möjligt, i sitt egna hem.

Även nyckelaktörer framhåller att kunskapen om munhälsa är låg hos omvårdnadspersonal i kommuner, där många även saknar en undersköterskeutbildning. Det framhålls att det är dyrt med kompetensutveckling och att verksamheternas bristande ekonomi gör att tid för utbildning prioriteras ner samtidigt som vården ställer högre krav på utbildning inom många områden. Ett annat exempel som nämns är att det är svårt att få till fysisk utbildning givet regleringen om 11 timmars dygnsvila, men att digitala utbildningar troligen skulle skapa större möjligheter.

Ytterligare ett exempel är att tandvårdens rutiner och arbetssätt inte alltid är anpassade till personer med olika typer av funktionsnedsättning [23].

Samtidigt nämner nyckelaktörer att det pågår lovande utvecklingsinitiativ såväl kommunalt som regionalt. Ett exempel är Gemensam Arbetsmodell för Personcentrerad Samverkan, GAPA, vid Karlstads universitet [38]. Med GAPA är ambitionen att skapa en personcentrerad och teambaserad vårdmodell som förbättrar samordningen mellan tandvård och omsorg. Ett ytterligare exempel är Tandhygienist i kommunal verksamhet, TAIK, där Folk tandvården Västra Götaland utvecklat arbetssätt med munhälsofrämjande insatser för den äldre befolkningen [39].

Bristande förutsättningar för forskning och utbildning

Nyckelaktörerna återkommer till att flera av tandvårdens utmaningar kan kopplas till att förutsättningarna för forskning och utbildning brister. Bristande förutsättningar för forskning och för lärosäten att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar, samt att rekrytera lärare med rätt kompetens har även konstaterats i tidigare utredningar och rapporter [7, 9].

I utbildningsdepartementets regleringsbrev för 2024 framgår att statens ersättning till lärosäten inom ämnesområdet odontologin är betydligt lägre per student än inom områden som naturvetenskap, teknik, medicin, vård, konst och musik [40]. Enligt nyckelaktörer i tandvården leder den låga ersättningen per student till att kliniska moment och verksamhetsförlagd utbildning minskar och att studenterna får otillräckligt stöd och klinisk färdighetsträning.

En genomgång från Sveriges universitetslärare och forskare, SULF, [41] visar att resurserna per student på svenska högskolor och universitet stadigt minskat i relation till ökade kostnader och krav under de senaste 30 åren. SULF framför att det hotar både kvaliteten på undervisningen och arbetsmiljön för lärare och forskare.

I det här sammanhanget lyfter nyckelaktörer att det förekommer bristande förkunskaper hos studenter som startar tandläkarutbildningen och att det är ett hinder för en effektiv undervisning. Bland annat betygsinflation, samt språksvårigheter nämns ligga bakom studenters bristande förkunskaper. Nyckelaktörer nämner även att den låga ersättningen skapar större incitament för lärosätena att mer frikostigt godkänna studenter, trots att en del kan sakna kunskaper som gör att de inte är lämpade att arbeta i tandvården.

Tandvården har även bristande förutsättningar för forskning, något som både nämns av nyckelaktörer och framhålls i tidigare utredningar och rapporter. Bland annat lyfts att det saknas riktade forskningsmedel för odontologi [27] och att tandvården behöver bättre förutsättningar för att kunna erbjuda handledning och doktorandtjänster [7]. Nyckelaktörer påpekar att bristen på forskningsmedel gäller både biomedicinsk och hälsovetenskaplig forskning. Det konstateras också att dagens åtgärdsbaserade ersättningssystem i vuxentandvården inte medger tillräckligt med forskningstid för tandläkare

eller tandhygienister. Där ersättningen för forskningsaktiviteter behöver kompensera för det produktionsbortfall som uppstår på kort sikt.

Vi har väldigt lite evidens kring de insatser som idag görs i tandvården. Behövs generellt mer forskning. [Nyckelaktör]

Genom ny forskning skulle det vetenskapliga underlaget kunna stärkas. Idag saknas ofta evidens kring de insatser som görs i tandvården. SBU har genomfört en kartläggning av systematiska översikter om metoder för prevention, diagnostik och behandling av tillstånd och sjukdomar som handhas av tandvården [42]. I uppdateringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården [16] identifierade SBU cirka 300 vetenskapliga kunskapsluckor. Jämfört med riktlinjerna från 2011 (vilka endast handlade om vuxna personer) är det enligt SBU endast tre av de vetenskapliga kunskapsluckorna som identifierades 2011 som inte längre är en kunskapslucka.

Välfärdsbrottslighet och överbehandling

Tandvården beskrivs på flera områden som drabbad av välfärdsbrottslighet och felfakturering, men även fel- eller överbehandling, och det avser både tandvård som finansieras av regioner respektive av staten.

I en tidigare kartläggning av kommuners och regioners arbete mot välfärdsbrottslighet konstaterar Socialstyrelsen att det primärt är inom den regionfinansierade N-tandvården och F-tandvården som utmaningar och brister uppmärksammas [44]. Nyckelaktörer nämner att många miljoner kronor betalas av stat och patient för tandvård som inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. I Försäkringskassans kontroller av utbetalningar inom det statliga tandvårdsstödet framkommer kunskapsluckor hos användarna som leder till omedvetna fel, men också fusk, som orsakar felaktiga utbetalningar av betydande belopp. I IVO:s rapport *Förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer* konstaterar IVO och Försäkringskassan att det finns samband mellan bidragsfusk och bristande patientsäkerhet [45]. I samma rapport konstaterades att endast 81 procent av tandvårdsverksamheterna som är anslutna till Försäkringskassans system var registrerade i IVO:s vårdgivarregister¹⁰.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård finns nio åtgärder som fått rekommendationen icke-göra. Det är åtgärder som inte gynnar patienten och dessutom leder till att tandvårdens resurser inte används på ett effektivt sätt. Utifrån en enkät till tandvårdskliniker 2023 framkommer att dessa icke-göra åtgärder generellt används i låg utsträckning i tandvården, men att de

¹⁰ Den rättsliga regleringen för anmälningsskyldigheten till vårdgivarregistret har stärkts genom nya föreskrifter om anmälan av verksamhet enligt PSL (HSLF-FS 2023:7) som trädde i kraft den 1 april 2023. Genom den nya regleringen ges IVO utökade möjligheter att agera mot vårdgivare som inte efterlever anmälningsskyldigheten, i form av att förelägga vårdgivare vid vite.

fortfarande förekommer i ett antal verksamheter – främst inom privattandvården [46]. Följsamheten till nationella riktlinjer kan också påverkas av patienternas önskemål och efterfrågan. En efterfrågan som ibland tillgodoses även om den inte alltid är förenlig med tandvård efter (medicinskt) behov, och som då också kan klassas som lågvärdevård.

Förutom befolkningens behov av tandvård utifrån ett odontologiskt perspektiv finns även en högre grad av förväntning och efterfrågan på tandvård som inte är direkt behovsdriven.
[Nyckelaktör]

I Socialstyrelsens undersökning kring utfasningen av icke-göra-åtgärder [46] nämner det nationella programområdet för tandvård att man generellt inte har kommit särskilt långt med att implementera de nationella riktlinjerna. Programområdet påtalar att de regioner som har kommit längst har fokuserat på åtgärderna med högst prioritet snarare än icke-göra-åtgärderna.

Ett exempel på en mer specifik risk som framförts med dagens system är överutnyttjande av röntgen, och att det svårt att säkerställa en enhetlig och heltäckande bedömning av radiologiska undersökningar och dess användning. Diagnostiska metoder utvecklas och introduceras kontinuerligt. Många av dessa metoder använder joniserande strålning och bygger på röntgenteknik där kostnaden för dessa undersökningar är betydande. Tandhygienister och tandläkare är självremitterande gällande röntgenundersökningar och nyttan av varje röntgenundersökning ska vara individuellt bedömd för varje patient. Samtidigt kan verksamheter genom att sätta tröskeln för att göra en undersökning mycket låg göra fler undersökningar än nödvändigt och även få ersättning för undersökningarna. Om en avancerad och dyr utrustning införskattats (exempelvis en så kallad CBCT) kan det finnas ekonomiska incitament att göra fler undersökningar än nödvändigt för att finansiera utrustningen.

Svag tillsyn med långa handläggningstider

Ett flertal nyckelaktörer framhåller brister i förutsättningarna för att bedriva en bra tillsyn av tandvården, både när det gäller patientsäkerhet och ekonomiska oegentligheter. Till exempel nämns att Försäkringskassan som utövar tillsyn över det statliga tandvårdsstödet endast efterhands-kontrollerar¹¹ en liten andel av allt utbetalt stöd, och att IVO har bristande förutsättningar för sin tillsyn av tandvården.

¹¹ Försäkringskassan administrerar det statliga tandvårdsstödet. De kontrollerar alla inrapporterade åtgärder automatiskt mot reglerna i TLV's föreskrift. De genomför även manuella efterhandskontroller av utbetalat stöd som utförs med avancerat IT-stöd.

IVO:s uppgift är att utifrån lagar och regler bedriva tillsyn. Samtidigt nämns att IVO enbart har ett fåtal anställda tillsynsstandläkare som på detta sätt ska säkerställa att medborgarna får en god och säker tandvård.

Ytterligare ett problem som lyfts är att handläggningstiderna hos IVO och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för tillsynsärenden om misstänkt grov oskicklighet ofta tar flera år. Innan IVO och HSAN har tagit ett beslut i ärendet har anmäld yrkesutövare inga restriktioner att utföra tandvård. Det innebär att patienter riskerar sin hälsa och en ovisshet för yrkesutövaren, under denna handläggningstid. Behovet av kvalitet, kommunikation och rättssäkerhet i utredningarna kräver samtidigt en viss handläggningstid.

Nyckelaktörer lyfter även att det finns problem med att myndigheter, när de identifierat problem eller risker hos vårdgivare eller behandlare, inte utbyter tillräckligt med information om det. En utmaning på området är också regionernas begränsade möjlighet att granska och avansluta vårdgivare som verkar inom den regionfinansierade vuxentandvården.

Om patienters klagomål i tandvården

I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen uppgifter om vad patienter i tandvården klagat på, också jämfört med klagomål i hälso- och sjukvården. Uppgifterna om klagomål ger inte en generaliserbar bild av hur tandvården i stort fungerar. Däremot ger det en bild av patienters och närståendes upplevelser av när tandvården brister, som ett komplement till annan datainsamling. Se bilaga 2 för en beskrivning av klagomålshanteringen i tandvården.

Patientnämnderna får flest klagomål rörande vård och behandling

Totalt 16 av 21 patientnämnder har bidragit med statistik och uppgifter som redovisas i detta avsnitt (se tabell 2, bilaga 2).

Patientnämnderna kategoriserar klagomålen de hanterat utifrån det huvud- och delproblem som klagomålet rör. Alla patientnämnder använder samma kategorisering på åtta huvudproblem¹² med delproblem, samt ett övrigt. Klagomålen registreras endast under ett av huvudproblemen, även om det kan röra flera områden.

Flest klagomål i tandvården rör, i likhet med klagomål i hälso- och sjukvården, huvudkategorin ”vård och behandling”. Det kan till exempel handla om att behandlingsåtgärder gett komplikationer med smärta och lidande, eller att en lagning eller protes inte ”håller” enligt de garantier som

¹² Vård och behandling, resultat, kommunikation, patientjournal och sekretess, ekonomi, tillgänglighet, vårdansvar och organisation, samt administrativ hantering.

utlovats. Det sistnämnda kopplar även till problemområdet ”ekonomi” eftersom patienter ofta själva måste bekosta dessa ”omgörningar”.

Till skillnad från klagomål inom hälso- och sjukvården rör en stor andel klagomål i tandvården ekonomi. Det kan till exempel handla om att patienter klagat på uteblivna eller otydliga kostnadsförslag från tandvården. Alternativt att kostnaden i slutändan blev betydligt högre än enligt ursprungligt förslag. Patientnämnder tar även upp exempel på att patienter klagat på folktandvårdens bristande efterlevnad av villkor i så kallade abonnemangs eller frisktandvårdsavtal. Till exempel att det enligt avtal utlovas regelbundenhet med kallelser till undersökning – ett villkor som inte efterlevs då köerna vuxit. Ett annat exempel kring ”ekonomi” var att patienter och närstående hört av sig i samband med att avgiftsfri tandvård för ungdomar upp till och med 23 år skulle tas bort vid årsskiftet 2024/2025. De uttryckte bland annat en oro om tandreglering år 2025 skulle behöva betalas av ungdomarna själva även om remissen för det utfärdades år 2024.

Totalt sett är det betydligt färre klagomål inom tandvården som rör problemområdet tillgänglighet, men det skiljer sig till viss del åt mellan regioner. I Region Norrbotten kategoriserades till exempel omkring 20 procent av klagomålen inom tandvården år 2023 på problemområdet tillgänglighet (observera dock att det enbart motsvarar sju klagomål), medan motsvarande andel låg på omkring 5 procent i Region Stockholm.

Privattandläkarna och Praktikertjänst – liknande bild av klagomål men skillnad med förtroendenämnd

I samtal med Privattandläkarna och Praktikertjänst framkommer en liknande bild som från patientnämnderna, utifrån ärenden som kommer till deras reklamationsnämnd respektive förtroendenämnd. Även för dem rör en liten andel av klagomålen tillgänglighet; snarare rör klagomålen frågor om utförd vård, bemötande, eller ekonomi och kostnader.

Klagomålshandlingen utgår från att patienter i första hand hör av sig till personal vid den mottagning där de fick vård. Om de inte kan komma överens kan patienter höra av sig till Privattandvårdsupplysningen (alternativt Praktikertjänsts reklamationsnämnd om behandlande tandläkare är ansluten dit). Om man fortfarande inte kommer överens kan Privattandvårdsupplysningen förmedla en konsultation med en oberoende förtroendetandläkare där både patient och vårdgivare kontaktas. Om ärendet då inte kan lösas genom muntlig medling kan ärendet tas upp för en skriftlig handläggning i Privattandläkarnas förtroendenämnd.

Enligt privattandläkarna hanterar deras förtroendenämnd framför allt frågor om garantiåtagande på tre år för protetik, där nämnden tar ställning till om det finns ett så kallat ”objektivt omgörningsbehov”. Om så bedöms ska omgörningen erbjudas kostnadsfritt för patienten.

IVO avslutar många utredda klagomål med kritik

Varje år publicerar IVO en rapport om sina iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för det gångna året. Av rapporten från 2024 [47] framgår att IVO hade tagit emot 306 klagomål som gäller tandvård, varav 95 utreddes och 60 slutade med kritik år 2023. I mer än hälften av fallen valde således IVO att rikta kritik i sitt beslut. En större andel utredda ärenden avslutades med kritik inom tandvården, jämfört med utredda klagomål inom andra verksamhetsområden, såsom primärvård eller akutmottagning.

Generellt sett ligger frågor om ”vård och behandling” bakom flest klagomål. Många patienter klagat på vad behandlingarna har kostat, men IVO hanterat inte begäran om skadestånd eller andra ekonomiska ärenden.

En majoritet av klagomålen till IVO utreds inte, vilket ofta beror på att IVO inte är rätt instans. Ett klagomål måste först anmälas till ansvarig vårdgivare och IVO utreder normalt inte klagomål som faller utanför deras utredningsskyldighet.

Sveriges konsumenter får många frågor om kostnader, garantier och försäkringar

Sveriges konsumenter beskriver att många konsumenter hör av sig till dem med frågor om både tandvården och hälso- och sjukvården. Sveriges Konsumenter bedriver bland annat konsumentvägledning på uppdrag av kommuner, reumatikerförbundet, och pensionärsorganisationerna PRO, SKPF och SPF Seniorerna. De kan ge information och råd, men utreder eller beslutar inte i konsumentjuridiska frågor.

De vanligaste frågorna de får om tandvården handlar om att åtgärder, såsom lagningar eller proteser, har gått sönder och måste göras om, eller om kostnader för tandvården. Konsumenterna har själva svårt att bedöma vad omgörningsbehovet beror på, vilka garantier som gäller, eller vilka rättigheter de har. Konsumentvägledare kan då informera och hänvisa vidare, bland annat till privattandläkarnas förtroendenämnd eller till patientnämnden i aktuell region. Sveriges Konsumenter får också frågor om personförsäkringar i samband med tandvården, exempelvis om och när en olycksfallsförsäkring gäller. Då informerar de bland annat om Personförsäkringsnämnden¹³.

Konsumenter har också synpunkter på att de sällan vet vad deras tandvårdsbehandling kommer att kosta, och att det är väldigt otydligt. Att gå in och jämföra priser på Tandpriskollen är det enligt Sveriges Konsumenter i princip ingen de har kontakt med som gör – det är svårt när man inte vet vilka

¹³ Personförsäkringsnämnden prövar bland annat ärenden där konsumenter exempelvis krävt ersättning från sin sjuk- och olycksfallsförsäkring.

åtgärder som är aktuella, och om man inte har vanan av att använda internet eller digitala informationstjänster.

Olika garantier för utförd behandling

Det finns inget krav i lagstiftningen på att vårdgivare i tandvården ska ge garantier för utförd behandling, vilket kan drabba en enskild patient där statligt tandvårdsstöd inte lämnas på nytt under viss tid efteråt [s. 123, 5].

De flesta vårdgivare ger garantier för protetisk behandling motsvarande de omgörningsregler¹⁴ som finns inom det statliga tandvårdsstödet. Men det finns även vårdgivare som har förlängd garantitid och vårdgivare som har andra garantier. För exempelvis de vårdgivare som är medlemmar i Privattandläkarna finns avtalsvillkor som reglerar villkor kring garantier och reklamation. För folktandvården gäller de avtalsvillkor som tagits fram av respektive region. Reglerna kring garantier och liknande kan således skilja sig åt beroende på vilken region [och vårdgivare] som patienten besöker [s. 208–9, 5].

Det är viktigt att skilja på vad som gäller kring garantier respektive vårdskador. En patient som skadats genom en undvikbar personskada i samband med tandbehandling, kan få sin rätt till patientskadeersättning prövad via vårdgivarens patientförsäkring. Vårdgivaren har en skyldighet att ha en försäkring som täcker patientskadeersättningen, (6, 12 §§ patientskadelagen (1996:799)). Regionernas försäkringsbolag är Löf. För de privata vårdgivarna finns flera försäkringsbolag att vända sig till. I det fall vårdgivaren inte har försäkrat sig, trots sin skyldighet att göra detta, täcker Patientförsäkringsföreningen upp för skadan. En patient som skadas av ett läkemedel (biverkan) i samband med en behandling kan ha rätt till ersättning från Läkemedelsförsäkringen [s. 207, 5]. Rätt till patientskadeersättning kan prövas inom patientskadelagens åtagande om läkemedlet har förordats eller utlämnats i strid med gällande forskrifter och anvisningar.

¹⁴ Omgörningsreglerna inom det statliga tandvårdsstödet gäller för fastsittande och avtagbar protetik där vårdgivaren inte enligt huvudregeln kan få tandvårdsersättning till en patient på nytt inom viss tid.

Flera förslag om förändringar i tandvårdssystemet

I detta kapitel sammanfattar vi behov av förändringar i tandvårdssystemet som framförts av nyckelaktörer. Givet utmaningarna som finns har de bland annat svarat på frågan om vilka förändringar som kan förbättra tandvårdssystemet för patienter och invånare. Nyckelaktörerna är inte alltid samstämmiga i synen på vilka förändringar som behövs och har även lämnat förslag utifrån sina skilda roller, ansvar och förutsättningar.

Flera av förslagen har även förts fram i statliga utredningar och myndighetsrapporter. Många nyckelaktörer har bland annat återkopplat till förslag som framförts av utredningen om jämlik tandhälsa och i betänkandet *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* [5].

Verksamhetschefer har ett särskilt ansvar för sina verksamheter, och tandvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur de fullgör sina arbetsuppgifter. Inom ramen för det ansvaret kan och ska de också utveckla verksamheten, till gagn för patienter och yrkesverksamma i tandvården. Fokus i innevarande projekt har dock varit på frågor som rör systemansvar, finansieringsansvar eller tillhandahållaransvar, enligt figur 3.

En tandvård prioriterad efter behov

Nyckelaktörer betonar att tandvården, utifrån rådande utmaningar, behöver bättre förutsättningar för prioriteringar utifrån behov. För hälso- och sjukvården finns det etiska principer som grund för prioriteringar, principer som också lagfästs genom bestämmelser i HSL (3 kap. 1 § och 4 kap. 1 §). Nuvarande TvL ses som förlegad och skulle enligt nyckelaktörer behöva ses över och bland annat utvecklas så att den mer liknar HSL i dessa avseenden. Bland annat skulle de olika åldersgränser som ibland tillämpas i tandvården ge vika för en mer behovsstyrd prioritering.

Andra förslag kopplar till alternativkostnader och vikten av att tandvården följer de nationella riktlinjerna. Det kan till exempel, i motsatsförhållande till de nationella riktlinjerna, finnas incitament att regelbundet undersöka patienter med låg risk. Även om de undersökningarna skapar viss nytta, och ofta är efterfrågade av patienten, så finns det en alternativkostnad där brist på tandvårdspersonal gör att tillgängligheten minskar för patienter med större risk och behov.

Idag finns det samtidigt inte en enhetlighet i vilka patienter som bedöms ha en låg eller hög risk för framtida ohälsa och behov av tandvård. I detta sammanhang framhåller nyckelaktörer behovet av en enhetlig och nationell modell för riskbedömning, och är positiva till Socialstyrelsens uppdrag att

utveckla det. Att tandvården idag saknar en enhetlig definition av ”risk”, innebär att riskbedömningsresultat från olika verksamheter inte kan samlas och jämföras för ändamål som forskning och resurssättning, utan att det medför systematiska, statistiska fel. Nyckelaktörer påpekar att riskbedömningsmodellen behöver vara kopplad till nationella riktlinjer och fungera som ett stöd för behandlarna, både för att bedöma risk och att avgöra lämplig orsaksinriktad behandling, samt för att avgöra revisionsintervall.

Folktandvården har ett stort ansvar för den tandvård som finansieras av regionerna. En fundering som nämns kopplat till prioriteringar, är om man borde införa villkor för vårdgivare för att ta del av det statliga tandvårdsstödet – villkor som anger att vårdgivaren då även ska dela på det ansvaret med folktandvården.

Om inte hittar vägar för att se över prioriteringarna så kommer tandvården/folktandvården att haverera. [Nyckelaktör]

Andra synpunkter från nyckelaktörer handlar till exempel om att staten borde ta bort tandläkare från kompetenskravet i LEKEI eller att frisktandvårdsavtal inte är förenligt med behovsprinciper. En grundläggande fråga är också om och hur prioriteringar i vården skulle påverka patienternas valfrihet. Patienter efterfrågar och betalar själva stora delar av tandvården idag, men den valfriheten och efterfrågan är inte alltid är förenlig med tandvård efter (medicinskt) behov.

Värna prevention inom tandvården

Kopplat till prioriteringar betonar nyckelaktörer vikten av att tandvården fortsatt prioriterar förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det uttrycks en oro över att behovet av förebyggande insatser nedvärderas idag.

En del ser risker med att införa samma etiska principer som grund för prioriteringar som i hälso- och sjukvården, och nämner att förebyggande insatser i praktiken prioriteras lägre där än i tandvården.

Även utbildningen nämns påverka kunskapen om och synen på att arbeta förebyggande. En stor andel verksamma tandläkare har fått sin tandläkarutbildning i ett annat land än Sverige. Av samtliga utfärdade legitimationer till tandläkare i Sverige 2023 avsåg omkring en tredjedel personer som utbildat sig till tandläkare i ett annat land [43]. Kunskapen inom området är begränsad, men det finns en uppfattning bland nyckelaktörer att utbildningskulturer skiljer sig åt mellan länder och att profylax inte är lika framträdande i andra länder jämfört med utbildningarna i Sverige och Norden.

Ett flertal aktörer uttrycker också en förväntan på tandvården som en än tydligare aktör i ett bredare folkhälsoarbete. Exempelvis genom att använda tandvårdsbesök som en arena för opportunistisk screening av allmän hälsa genom att mäta patienternas blodsockernivåer och blodtryck. För att på så sätt

kunna upptäcka och behandla sjukdomar i ett tidigare skede. Ett annat exempel handlar om förslaget att tandvården regelbundet bör ställa frågor om våldsutsatthet till alla som besöker tandvården¹⁵ [48].

Flera nyckelaktörer uppmärksammar också Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård och för levnadsvanor [16, 49]. Där lyfts tandvårdens roll och ansvar i arbetet med att främja hälsan hos befolkningen tydligare fram. *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [49] vänder sig framför allt till de som beslutar om resurser för förebyggande arbete (prevention) och behandling i regional eller kommunal hälso- och sjukvård, eller i tandvården. De utgör ett stöd för beslutsfattare att prioritera resurser, men staten – som finansierar en stor del av tandvården – är samtidigt inte en utpekad målgrupp för riktlinjerna.

Ökad etablering i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden

Nyckelaktörer lyfter flera förslag som syftar till att öka kapaciteten och tillgängligheten till tandvård där den är som sämst idag. Bland annat genom att ersättningen till vårdgivare behöver kompletteras med någon typ av kommuntypstillägg.

Det saknas en nivå av samordning ovanför regionerna. Det borde tas fram en central planering för att få ut tandläkare till mindre orter. [Nyckelaktör]

Flera förslag kopplar även till utbildningssystemet. Här lyfts önskemål om att återinföra klinisk bastjänstgöring och AT-utbildning för tandläkare, med obligatorisk placering i hela Sverige utifrån behov. Samtidigt framhålls att det troligen skulle vara svårt att få till idag givet den rådande bristen på erfaren personal som då skulle handleda studenterna.

Någon nämner att det i det kortare perspektivet borde övervägas att införa en typ av hyrläkarvariant med tandläkare. De hyrtandläkarna skulle då kunna fungera som mentorer ute på klinikerna och locka yngre nyutbildade tandläkare att prova på en tjänst med möjligheter till handledning liknande den under AT-utbildning.

Ytterligare ett förslag kopplat till utbildningssystemet handlar om att möjliggöra så kallad lokal antagning till tandläkarprogrammen. Lokal antagning innebär att lärosäten kan använda sig av intervjuer och arbetsprov för att rekrytera studenter med kvaliteter som är värdefulla i tandläkaryrket, även om de inte har högsta betyg. Denna form av antagning skulle enligt

¹⁵ I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39), ges det allmänna rådet att vårdgivaren bör fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver tandvård.

nyckelaktörer kunna bidra till att identifiera och inkludera kandidater som har en stark koppling till, och vilja att arbeta i, glesbygdsområden. Staten skulle då enligt nyckelaktörer behöva tillskjuta medel till lärosäten för att hantera en sådan antagningsprocess.

I en artikel i Läkartidningen 2007 [50] framhålls att det finns argument för alternativa antagningsformer. Samtidigt lyfts att det ställer stora krav på tillvägagångssättet för att välja ut de lämpligaste studenterna, förutom att det finns rena rättvisaspekter – här tycks erfarenheterna på olika studieorter skilja sig åt. Ett annat problem som nämns i artikeln är att de olika antagningsformerna kan göra det svåröverblickbart för de sökande. I artikeln framkommer också att det för läkarlinjen har funnits initiativ kring lokal antagning som av kostnadsskäl övergetts av en del medicinska fakulteter.

Reformera tandvårdsstöden

Nyckelaktörerna har i sina synpunkter och förslag ett tydligt fokus på behovet av att se över och reformera tandvårdsstöden.

Kanske tydligast lyfts behovet av att se över och reformera det regionala tandvårdsstödet. Förslagen på hur varierar dock – alltifrån att staten borde ta över ansvaret för finansieringen av N-, F- och S- tandvården, till att skapa ett tydligare nationellt och enhetligt regelverk.

Framför allt skulle det lösa likformighet för patienterna, samma över hela landet. [Nyckelaktör]

Det nämns att tandvården på ett sätt anses väl förberedd för ett ökat förstatligande då stora delar av tandvården redan idag finansieras och administreras på statlig nivå. Men även att ett eventuellt förstatligande av N-, F- och S- tandvården skulle kräva en betydande ökning av personal hos försäkringskassan för att kunna administrera det hela.

I likhet med många nyckelaktörer, lämnade utredningen om jämlik tandhälsa i sitt slutbetänkande förslag om att reformera tandvårdsstöden. Utredningens förslag var att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd skulle upphöra och istället ersättas av ett statligt selektivt tandvårdsstöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Som ett komplement till detta nya statliga selektiva tandvårdsstöd föreslogs även att ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården skulle införas för vuxna med särskilda behov [s. 686 och 775, 5].

I Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och STB konstaterade vi att det behövs en översyn och omfattande revidering av tandvårdsförordningen [25]. Trots att problemen med undernyttjande av STB varit kända sedan länge, bland annat beroende på

bristande kompetens kring stödets utformning både i tandvården och i vården, har det inte setts några större förbättringar.

Myndighetens bedömning är att kriterierna om sjukdomstillstånd och symtom behöver ändras för att tillgodose särskilda behov hos patienterna eller motsvarande [25]. Det behovet har också framförts av nyckelaktörer, som bland annat anser att stöden har ett alltför starkt ”diagnosfokus”. För vuxna som behöver särskilt stöd lyfter nyckelaktörer exempel på grupper av patienter som faller mellan stolarna och som enligt dem har behov som gör att de ”borde” vara berättigade stöd fastän de inte är det idag.

En person kan ha flera olika diagnoser som var för sig inte berättigar till ett stöd, men som tillsammans skapar sådana svårigheter för personen att hen borde vara berättigad det.
[Nyckelaktör]

Flera av nyckelaktörernas förslag kopplar till svårigheter med gränsdragningar mellan statligt och regionalt tandvårdsstöd. Det framkommer exempelvis att det nationella regelverket inte klarar av att hantera kroniska patienter med besvär som kan uppstå intermittent och som behöver återkommande vård inom tandvården. Vidare påpekar patientföreträdare vikten av att i tandvårdsstöd som en del av sjukdomsbehandling även inkludera biverkningar av behandlingar som kan komma många år senare. Det lyfts också att fler diagnoser och tillstånd borde vara regionernas ansvar och räknas som sjukvård, exempelvis personer med olika smärttillstånd, infektionsrelaterad munhälsovård, samt autoimmuna eller ärftliga sjukdomar.

Vuxna med särskilda behov är ett område där kunskapsunderlaget hela tiden förändras i takt med att nya medicinska behandlingar tas i bruk och vetenskapen utvecklas. [s. 689, 5]

Nyckelaktörerna ger även förslag på att reformera finansieringen och ersättningssystemen för tandvård till barn- och unga. Det framhålls som centralt för att både regioner och privata vårdgivare ska kunna ta ett mer delat ansvar för tandvården hos befolkningen i alla åldrar.

Även här varierar förslagen på hur det skulle kunna gå till – alltifrån att staten borde ta över ansvaret för finansieringen, till att skapa en mer enhetlig och nationellt likvärdig ersättningsmodell för tandvården till barn- och unga.

Det råder delade meningar om huruvida tandvården för barn- och unga är underfinansierad och nyckelaktörer påpekar att det är något som borde studeras närmare. Bland annat nämns att kapiteringsersättning kräver att vårdgivare har många patienter för att få det att gå ihop ekonomiskt. Ett alternativ som lyfts är att, i likhet med tandvård för vuxna, gå mer mot åtgärdsersättning – och att då utveckla särskilda åtgärds- och tillståndsserier för det, anpassat för tandvård till barn- och unga (exempelvis med hänsyn till

mjölktänder). Det framhålls också att risken för överbehandling ökar med åtgärdsersättning jämfört med kapitering.

Att kapiteringsersättningen kompletterades med åtgärdsersättning till barn och ungdomar med stora behov. [Nyckelaktör]

Kan man ställa krav på att privata aktörer ska ha en viss procentuell del barn alternativt att barnpengen kompenserar för försvunna intäkter för vuxentandvård? [Nyckelaktör]

Nyckelaktörer framhåller vidare att det statliga tandvårdsstödet och åtgärderna som ersätts där borde vara mer inriktade på förebyggande vård. Det påpekas även att stödet behöver kompletteras med någon typ av kommuntypstillägg, för att stärka kapaciteten och förbättra tillgången till tandvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden.

Andra förslag kopplar till behovet av att stärka och utveckla ett mer selektivt inriktat högkostnadsskydd i tandvården, särskilt för patienter med relativt större behov än befolkningen i allmänhet. Nyckelaktörer anser att staten borde ta hänsyn till mer än kronologisk ålder, såsom personers socioekonomi, i utvecklingen av högkostnadsskyddet. Att det trots olika typer av stöd är en del patienter som avstår från tandvård trots behov, varför det är viktigt att skapa bättre förutsättningar för dem.

Patientföreträdare framför även behovet av ett mer gemensamt högkostnadsskydd för tandvården och hälso- och sjukvården. De lyfter även vikten av att staten har ett helhetsperspektiv i dessa frågor. Att justeringar i olika typer av högkostnadsskydd – för tandvård, hälso- och sjukvård och läkemedel kan få konsekvenser däremellan.

Nu ska man höja högkostnadsskyddet för läkemedel, det svider redan i plånboken. Kan det påverka tandvården genom att fler har mindre pengar över till tandvård? [Nyckelaktör]

Det råder en mer delad bild om behovet av prisreglering och vilka konsekvenser det skulle innebära för tandvårdssystemet. En del nyckelaktörer framhåller att prisreglering behövs då produktiviteten i tandvården minskar samtidigt som det råder relativt höga vinstmarginaler och vårdgivarpriserna ökar i relation till TLV:s referenspriser. Andra påpekar att prisreglering skulle påverka konkurrensen och investeringsviljan i branschen negativt, och att arbetet med transparensredovisning hos folktandvården då skulle få en än större betydelse. Det anses att patienterna i tandvården borde ha möjlighet att betala extra för att få en högre kvalitet, till exempel för implantat- och tandstödd protetik. Patienter i allmänhet uppger att de i valet av tandvårdsmottagning värderar hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet mer än låga priser [13].

Stärk forskning och utbildning

Flera förslag handlar om vikten av att stärka möjligheterna till forskning inom och för tandvården. Det påpekas att det gäller både biomedicinsk och hälsovetenskaplig forskning, samt att kunskapen kring kopplingen mellan munhälsa och annan kroppslig hälsa behöver stärkas.

Nyckelaktörer anser att tandvården domineras av krav på vårdproduktion, varför tid och andra resurser för forskning och utveckling ofta är begränsade. För att stärka förutsättningarna att kunna bedriva forskning är det enligt nyckelaktörer centralt att reglera forskning i TvL, på samma sätt som det idag regleras i HSL¹⁶. Vidare framhålls att de ekonomiska förutsättningarna för lärosäten och enskilda att bedriva utbildning och forskning behöver stärkas. Det nämns även att en långsiktig finansiering av tandvårdens kvalitetsregister behöver säkerställas, där fler kan ansluta sig för att följa upp behandlingsutfall och bedriva registerforskning.

Prioritera forskning och utveckling inom tandvårdsområdet. Detta kan leda till bättre vårdmetoder, ökad effektivitet och stärkt attraktivitet för yrket som en modern och framåtblickande bransch. [Nyckelaktör]

I Socialstyrelsens rapport om förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården [51] framhålls att en grundförutsättning för en nationell riskbedömningsmodell är att den bygger på evidens eller bästa tillgängliga kunskap, där forskningen inom prediktionsmodellområdet måste stärkas. Både för forskning och utvecklingen av en riskbedömningsmodell är det också centralt att utgå från och utveckla enhetlig terminologi och enhetliga definitioner. Då ökar till exempel möjligheterna att riskbedömningsmodellen fungerar väl ihop med befintliga system och arbetssätt i övrigt inom hälso- och sjukvården [51]. Om en riskbedömningsmodell införs stegvis där ett första steg exempelvis utgår från nationellt identifierade riskfaktorer och nationell uppföljning av riskgruppering kan sådan data ligga till grund för fördjupad kunskap inom riskbedömningsområdet och leda till utveckling av en bättre och mer träffsäker modell framledes.

Nyckelaktörerna betonar även vikten av att se över och stärka utbildningssystemet, samt att lärosätenas anslag och förutsättningar att bedriva tandhygienist- och tandläkarutbildning behöver öka och stärkas.

¹⁶ Enligt 18 kap. 2 § HSL ska regioner och kommuner medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. Regioner och kommuner ska även enligt 13a kap. 1 § 6 HSL inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Kopplat till att tandvården hanterar mer komplexa patienter idag än tidigare och att det finns allt mer kunskap om sambandet mellan munhälsa och allmänhälsa lyfter nyckelaktörer att även utbildningskraven på tandvårdspersonalen behöver öka. Bland annat genom att tydligare reglera utbildningen till tandsköterska eller tandtekniker – yrken som idag saknar skyddad yrkestitel – samt att införa en formellt reglerad specialisering för tandhygienister. Många framhåller även vikten av, och att stärka möjligheterna till, fortsättningsutbildning för befintlig personal i tandvården och omsorgen. En pågående statlig utredning om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård har i uppdrag att analysera och lämna förslag på just denna typ av frågor, och de ska redovisa sitt uppdrag under maj 2025. I utredningens direktiv framkommer bland annat att den ska analysera möjliga förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer när det gäller reglerade yrken, specialistkompetenser och specialistutbildningar samt vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården för att möta de utmaningar som dessa verksamheter står inför [52].

Vidare nämns att institutionerna i högre grad borde samverka för att ge studenterna mer grundläggande färdigheter inom odontologin.

När institutionerna bedriver sina utbildningar i ”stuprör” får studenterna inte en helhetsbild av patienternas odontologiska behov. [Nyckelaktör]

Andra förslag som nämns av nyckelaktörer är att skärpta språkrav och förstärkt undervisning i svenska språket skulle förbättra studenternas utbildningsresultat och patientsäkerhet.

Stärk tillsyn, kontroll och uppföljning

Nyckelaktörer anser att det behövs större inslag av tillsyn och kontroll, samt uppföljning och lärande på tandvårdsområdet och lämnar flera förslag kopplat till det.

På en tandvårdsmarknad med så många självständiga aktörer som den svenska måste staten göra mer omfattande systematiska, effektiva och återkommande kontroller för att hantera oseriösa aktörer. [Nyckelaktör]

I delbetänkande Ökad kontroll över tandvårdssektorn [53] lämnades flera förslag som syftar till att öka patientsäkerheten och minska felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet. Bland annat att det ska krävas tillstånd av IVO för privata vårdgivare som yrkesmässigt bedriver verksamhet som omfattas av tandvårdslagen. Ett annat förslag är att det ska krävas att verksamheten finns i IVO:s vårdgivarregister för att kunna bli ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd, samt att

IVO på begäran av Försäkringskassan ska lämna ut uppgifter ur vårdgivarregistret om uppgifterna behövs för kontroll i samband med administration av det statliga tandvårdsstödet. Flera nyckelaktörer anser att införandet av tillståndsplikt är positivt då det sannolikt skulle försvåra för kriminella och andra olämpliga aktörer att starta och driva tandvårdsföretag.

Andra förslag från nyckelaktörerna handlar om att myndighetssamverkan behöver förbättras än mer för att säkerställa patientsäkerhet och undvika oseriösa aktörer, och att det finns ett behov av att öka automatisering av informationsutbyte mellan myndigheter. Vidare nämns förslag på att se över och stärka bemanningen hos HSAN och IVO för att reducera deras handläggningstider. IVO och Försäkringskassan redovisade 2023 svar på ett regeringsuppdrag som handlade om att förstärka deras samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer. IVO lyfter i sitt svar [45] att den befintliga viljeinriktningen för samverkan mellan Försäkringskassan och IVO ger utrymme för ett ökat samarbete och informationsutbyte, men även att det saknas rättsliga förutsättningar för IVO att på eget initiativ överlämna uppgifter till Försäkringskassan. .

Regionernas möjlighet att granska, sluta avtal med, samt avansluta oseriösa vårdgivare inom den regionfinansierade vuxentandvården framhålls vara mycket begränsad. För att öka de möjligheterna föreslår nyckelaktörer att lagstiftningen på området ses över.

Ett ytterligare förslag är att patienter skulle kunna utgöra en tydligare och viktig del i arbetet med att stärka kontrollen. Exempelvis genom att transparent redovisa för patienter vilka åtgärder deras vårdgivare har fakturerat staten eller regionerna för gällande deras egna vård – information som patienter kan reagera på om de anser att det inte stämmer. I betänkandet *Tiotandvård* lämnades ett liknande förslag [s. 432ff, 7]. Det förutsätter dock att informationen anpassas till patienterna, men även att det kombineras med insatser som gör det enklare för patienter att påtala misstänkta oegentligheter. Det framhålls även att omedvetna fel skulle minska om regelverken kring tandvårdsstöden var lättare att förstå för tandvårdspersonalen.

Kopplat till förslag om ett ökat inslag av tillsyn och kontroll nämns även vikten av balans i styrningen, och att det inte får bli en slagsida till reaktiv kontroll. Snarare behövs ett kontinuerligt lärande i utvecklingen av tandvården. Ett lärande som grundar sig i uppföljning av om och hur tandvårdssystemet fungerar som det är tänkt. Ett specifikt förslag är att staten närmare borde följa upp regionernas planeringsansvar. Enligt nyckelaktörer behövs mer kunskap om hur regionerna planerar och samverkar, med särskild tonvikt på personalförsörjning och befolkningens rätt till jämlik tandvård. Det framhålls också som viktigt med kunskap om hur statliga och regionala tandvårdsstöd kommer invånarna till del.

Inför samverkanskrav mellan aktörer

Nyckelaktörer anser att staten borde verka för att skapa incitament som stärker samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, samt kommunal vård och omsorg.

Se munnen som en del av den övriga kroppen. [Nyckelaktör]

Tandvården är inkluderad i regionernas nationella system för kunskapsstyrning, och flera av de kunskapsstöd som publiceras inom detta system omfattar även tandvård och munhälsa. Flera nationella riktlinjeområden lyfter också att samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård är en viktig utgångspunkt för att åstadkomma en jämlik vård [2].

Regionernas planeringsansvar för tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov förutsätter en fungerande samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare. I betänkandet *När behovet får styra* lämnas förslag om att privata vårdgivare vid anmodan av den region inom vilken de verkar, ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården [5, s. 521]. Det är ett förslag som även nyckelaktörer instämmer i.

Nyckelaktörer påpekar att det behövs en välfungerande nationell digital infrastruktur präglad av interoperabilitet, även för att samverkan ska fungera bättre.

De digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvård, omvårdnad och tandvård behöver vara kompatibla med varandra för en säkrare kommunikation när skilda professioner eller vårdgivare samverkar runt samma patient. [Nyckelaktör]

I det sammanhanget framhåller nyckelaktörer att tandvården behöver tillämpa ett gemensamt språk och kodverk tillsammans med övrig hälso- och sjukvård, genom att införa ICD-kodning och det kliniska begreppssystemet Snomed CT även i tandvården. Det skulle också förbättra möjligheterna till uppföljning och lärande, utifrån patienternas hela vårdkedja och behov.

Vidare lyfter nyckelaktörer att det behövs en bättre samordning mellan myndigheterna på tandvårdsområdet, så att beslut och aktiviteter som uppfattas ligga i ”glappen” mellan de olika myndigheternas verksamhetsområden ändå kan hanteras effektivt. Något som exempelvis kan uppnås genom förbättrade möjligheter till informationsöverföring mellan myndigheter.

Stärk patientens ställning

Flera av förslagen som redovisats i tidigare avsnitt, syftar i grunden till att stärka tandvårdssystemet så att det bättre möter befolkningens behov. Men nyckelaktörer har också lämnat mer specifika förslag kopplat till att stärka

patientens ställning i tandvården, vilket i sin tur också kan stärka hela tandvårdssystemet.

Information är en central del av en personcentrerad vård och en förutsättning för att stärka patienternas ställning. Patienter behöver information och kunskap för att på bästa sätt kunna ta hand om sin munhälsa samt hitta och få rätt stöd när de behöver det, särskilt inom tandvården där vuxna patienter står för en större del av kostnaden själva [13]. Förmågan att hitta, förstå, kritiskt värdera och använda information på ett sätt som främjar hälsa kallas även hälsolitteracitet. Inte bara individer, utan även organisationer behöver vara hälsolitterata. En hälsolitterat organisation gör det enkelt för människor att navigera, förstå och använda information och tjänster för att kunna ta hand om sin hälsa.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har undersökt hur patienter uppfattar informationen de får i och om tandvården [13]. I det arbetet konstaterar myndigheten att det finns flera områden som inte fungerar tillfredsställande, trots befintliga lagkrav, regler och bestämmelser på området. Resultaten påvisade att tandvården behöver bli bättre på att informera patienter om kostnader och behandlingsalternativ. Det framkom även att var femte patient inte känner till att priserna kan variera mellan olika tandvårdsmottagningar, och att tre av fyra patienter anser att de har behov av mer information om priser samt tandvårdsstöd.

Nyckelaktörer framhåller också brister i information till patienter, och påpekar att patienter har ett stort informationsunderläge i tandvården. Det nämns att patienter har svårt att veta om tandvårdspersonalen gör det som borde göras – ”kunde tandläkaren låtit bli att greja med den där tanden?”

Det är inte bara innehållet och mängden information som enligt nyckelaktörer behöver utvecklas utan också sättet som informationen ges på. Att möjliggöra för fler patienter att få tillgång till sin tandvårdsjournal digitalt framhålls som ett viktigt utvecklingsområde i det avseendet. I myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning framkom att nio av tio patienter som hade tagit del av sin tandvårdsjournal ansåg att den informationen hade varit till hjälp för dem [13].

Nyckelaktörer framhåller att informationen behöver vara skriven på ett sätt som gör att patienter förstår, exempelvis genom att undvika facktermer i informationen till patienter. I det avseendet är det centralt att patienter är med i utformningen av informationen. Det kan till exempel vara svårt för patienter att förstå och bedöma gradskillnaden och tidsåtgång mellan olika åtgärder i TLV:s kodverk, och på så vis veta om en viss åtgärd som debiterats faktiskt stämmer med den som utfördes. Exempelvis om tandstensborttagningen

verkligen var ”särskilt tidskrävande”¹⁷ eller huruvida den egentligen borde ha räknats in i basundersökningen.

Vidare lyfter nyckelaktörer förslag om att det borde finnas prisinformation på hemsidorna för olika tandvårdsmottagningar, samt att den informationen också ska gå att finna i väntrummet, särskilt då många patienter inte är särskilt digitala. Tandpriskollen möjliggör att patienter kan jämföra priser men få patienter vänder sig dit för information om kostnader och av de som gör det är det många som tycker det är svårt att förstå informationen [13]. Det pekar på behovet av att öka kännedomen om tjänsten, men också dess användarvänlighet. Nyckelaktörer påpekar att det är positivt med Tandpriskollen samtidigt som en brist är att den inte tar inte hänsyn till eventuella skillnader i kvalitet mellan olika tandvårdsmottagningar.

Det behövs informationssatsningar för att öka kunskapen om hur tandvårdsstödet fungerar. [Nyckelaktör]

Patientföreträdare påpekar att patienter inte alltid får tillräckligt med betänketid för att kunna fundera över och ta beslut om olika behandlingsförslag i sin tandvård. I det sammanhanget anser nyckelaktörer att TvL borde kompletteras med bestämmelser om det, på samma sätt som det i LEKEI, har införts bestämmelser som innebär att det ska passera en betänketid innan en viss behandling utförs.

Besökstiden kortas ner så tid för samtal och delgivande av information i lugn och ro finns det ofta inte tid för. [Nyckelaktör]

Patientföreträdare framför även ett behov av att patienter i mer direkt anslutning till att de får en diagnos, som påverkar eller påverkas av munhälsan, också får rätt information om och stöd för sin munhälsa och tandvård, inklusive om vilka bidrag eller särskilda stöd de är berättigade till – något som är lika viktigt i hälso- och sjukvården som i tandvården.

Andra förslag om att stärka patienters ställning som framförs av nyckelaktörer är att det borde finnas någon typ av förstärkt funktion som kan vägleda patienter och hjälpa dem att tillvarata sina rättigheter, samt att både konsument- och försäkringsskyddet för tandvårdspatienter behöver stärkas.

Även utredningen om jämlik tandhälsa har lämnat förslag om att stärka kravet på information till patienter i tandvården. Det inkluderar även förslag om ett utökat ansvar för vårdgivare att informera om sina garantivillkor [s.55, 5] – ett område som patientföreträdare vi haft kontakt med framfört behov av.

¹⁷ Se exempelvis Tillstånd 2031 Tandsten på tänder eller implantat: https://kusp.tv.se/Handbok/3_1_3

Tänkbara konsekvenser för tandvården givet förändringar

Socialstyrelsen har i detta arbete inte haft tillgång till specifika scenarioanalyser eller förslag från Vårdansvarskommittén, för oss att bedöma konsekvenserna för tandvården utifrån. I möten och samtal med nyckelaktörer har vi dock ställt frågor om vilka möjliga konsekvenser de ser för tandvården kopplat till hypotetiska scenarier om förändringar i vårdens huvudmannaskap. Till exempel om huvudmannaskapet för sjukhusvård (inklusive tandvården på sjukhus) skulle gå över från regioner till staten, om huvudmannaskapet för regionernas primärvård skulle förändras samtidigt som regionerna skulle kvarstå som huvudmän för tandvård, eller om hela tandvården skulle förstatligas.

I de samtalen framhåller nyckelaktörer vikten av att väga in munhälsans roll också för allmänhälsa, omvårdnad och livskvalitet – om och när eventuella nya strukturer planeras. De betonar också att förändringar som rör ett helt eller delvis förstatligande av tandvården måste utarbetas tillsammans med och förankras hos berörda parter, då det minskar risken för oväntade konsekvenser som kan vara till nackdel för tandvården och munhälsan.

Generellt lyfts samverkansfrågorna fram som en potentiell komplikation vid ett förändrat huvudmannaskap – oavsett hur förändringarna skulle se ut. Tandvården har allt större behov av samverkan med andra aktörer, inom hälso- och sjukvårdssystemet men även inom kommunal verksamhet. Redan idag lyfter många nyckelaktörer att det finns tydliga utmaningar att hitta kontaktytor, resurser och praktiska möjligheter till samverkan. Det handlar exempelvis om rutiner kring patienter som har kontakt med flera olika vårdinstanser samtidigt, patienter som får stöd från socialtjänsten för sin tandvård eller hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna användas så effektivt som möjligt.

Kopplat till ett hypotetiskt förstatligande av sjukhusvården (inklusive tandvården på sjukhus) framhålls att gränsdragningsfrågor mellan tandvård på sjukhus och i allmäntandvården skulle behöva ses över. Områden som nämns där det redan idag finns gränsdragningar som kan vara oklara är inom käkkirurgi, orofacial medicin och radiologi samt för patienter med komplex eller oklar sjukdomsbild. Någon nämner att de spontant inte ser att en sådan förändring skulle förändra tandvården på sjukhusen i någon större omfattning, och att en del regioner redan idag har valt att dela upp tandvården i allmäntandvård och specialisttandvård. Någon annan ställer sig frågan vad regionerna i sådant fall skulle göra med folktandvården, om regionernas uppdrag med högspecialiserad vård skulle bli statligt. Om folktandvården då skulle drivas av det som är kvar av regionerna och bli som primärvården, en vårdnivå som allmäntandvården uppfattas likna mest.

Ett hypotetiskt scenario som nämns är att all tandvård utförs av privata vårdgivare, som får lämna anbud enligt till exempel lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, utifrån de uppgifter som regionerna eller staten anser ska vara tillgängliga för befolkningen för en jämlik tandvård. Det skulle kunna vara en statlig eller regional beställare som ”köper” vård och kontrollerar att den blir utförd och har godtagbar kvalitet. I sådant fall skulle det behöva utvecklas lösningar kring hur ”sistahandsansvaret” skulle hanteras, till exempel att privata vårdgivare får ansöka om ”auktorisering” för att ha sistahandsansvar inom ett visst geografiskt område.

Ett delvis eller helt förstatligande av tandvårdens tillhandahållaransvar anses väldigt utmanande. Idag har omfattande strukturer och kunskap byggts upp lokalt till exempel genom bedömningstandläkare i regioner, och i kontakten med BVC och vårdcentraler, socialtjänst, kommunala biståndshandläggare och olika verksamheter i 290 kommuner. Det nämns att kommunikationen mellan kommun och tandvård inte fungerar optimalt idag men frågan ställs också hur det skulle bli givet ännu längre vägar till beslut. Nyckelaktörer nämner att det skulle vara mycket krävande att bygga upp nya sådana strukturer och att det är få som sitter på den kunskapen. Uppfattningen är att det skulle krävas stora (informations)insatser från statens sida för att skapa och upprätthålla det kontaktnät som regionerna har idag och att ett förstatligande skulle kräva större resurser än regionerna idag lägger på detta område.

Hur ska till exempel staten samverka med alla 290 kommuner och tillgodose tandvård för alla som bor på särskilda boenden.

[Nyckelaktör]

Regionerna har en fördel: närhet till patienter. Patienternas behov i olika regioner ska påverka, då behöver man närhet till beslutsfattare och vården. [Nyckelaktör]

Kopplat till ett förändrat huvudmannaskap av regionernas primärvård nämns särskilt att det skulle kunna försvåra primärvårdens möjliga samverkan med tandvården. Det gäller även det hälsofrämjande arbetet, med en mer befolkningsinriktad prevention, samt hur man bäst skulle kunna samnyttja resurser för det mellan primärvården och tandvården.

Diskussion och slutsatser

Tandvården har flera styrkor och munhälsan i befolkningen har under lång tid utvecklats i positiv riktning. Patienterna är också förhållandevis nöjda med sin tandvård och majoriteten har förtroende för sin tandvårdspersonal. Historiskt har tandvården även kännetecknats av en hög grad av kontinuitet och prevention, något som i förlängningen bidragit till en bättre munhälsa och att mer brett förebygga ohälsa hos befolkningen.

Samtidigt sker omvärldsförändringar som gör att utmaningar kring jämlikhet och effektivitet blir allt mer påtagliga. Urbaniseringstrenden förstärker problem med regionala skillnader och många regioner får allt svårare att uppfylla sitt planeringsansvar för tandvården. Allt mer forskning visar på sambanden mellan munhälsa och allmänhälsa, och vi har en åldrande befolkning där allt fler äldre har fler egna kvarvarande tänder. För att de ska kunna behålla en god munhälsa krävs mer stöd och behandlingar.

En utveckling av tandvårdssystemet är avgörande för att kunna bibehålla och utveckla ett tandvårdssystem som även i framtiden möter befolkningens behov, och som ger en god hälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Förslagen i föregående kapitel om möjliga förändringar som kan förbättra tandvårdssystemet kopplar till alla typer av ansvarsbegrepp, och är ibland möjliga att genomföra utan någon direkt ytterligare statlig styrning. Alla nyckelaktörer, även regionerna, lyfter samtidigt ett starkt behov av att få en tydligare statlig styrning och stöd, men bilden av vad som är viktigast och varför varierar.

Staten skulle behöva peka med hela handen, styra lite hårdare.
Inte utförare i första hand, utan ställa tydligare krav så alla regioner kan göra lika bedömningar, för en mer jämlik vård.
[Nyckelaktör]

En ökad och mer enhetlig statlig reglering kan bidra till en mer jämlik ”grundnivå” i tandvårdens åtagande till befolkningen. Däremot kommer det inte per automatik innebära en mer jämlik tandvård. Vi ser exempelvis att den kostnadsfria tandvården för barn- och unga hanterats på olika sätt i olika regioner – med skillnader i övergångsregler avseende sänkt åldersgräns och olika ersättning till vårdgivare – vilket bland annat är en konsekvens av det kommunala självstyret.

En del förslag som har lyfts är förenade med målkonflikter vilket även yttrar sig i att nyckelaktörerna inte alltid är samstämmiga i synen på vilka förändringar som behövs. Nyckelaktörerna har också lämnat förslag utifrån sina skilda roller, ansvar och förutsättningar. Exempelvis kan målkonflikter uppstå rörande prisreglering och prioriteringsprinciper. Prisreglering kan

främja en mer behovsbaserad resursanvändning och sänka patienters tandvårdskostnader, men det riskerar också att påverka kvaliteten och investeringsviljan i branschen negativt. Förslaget om att införa prioriteringsprinciper i tandvårdslagen möjliggör en mer effektiv resursanvändning men kan också, i likhet med prisreglering, påverka enskilda patienters valfrihet negativt, och vissa nyckelaktörer lyfter farhågan att förebyggande och hälsofrämjande tandvård då får en mindre roll i tandvården. Om styrningen förändras för att förbättra ett visst område så kan det således få negativa konsekvenser ur ett annat perspektiv. Det är viktigt att ta hänsyn till i utvecklingen av tandvården.

Tandvårdssystemet är relativt komplext och svåröverskådligt, där åtgärder för att öka tillgänglighet och jämlikhet, över tid även resulterat i ett lapptäcke av svårnavigerade regleringar. Systemets komplexitet gör det svårare för patienter att få rätt stöd och tillgång till den tandvård de har behov av – särskilt för patienter som har relativt stora behov jämfört med befolkningen i övrigt. Men det är också något som skapar mycket administration hos personalen i vården. Det är därför önskvärt att eventuella förändringar i tandvårdssystemet inte gör det än mer komplicerat än idag.

Ett flertal av förslagen som lämnas i denna rapport går också i linje med Sveriges internationella åtaganden. I WHO:s globala strategi och handlingsplan om munhälsa 2023–2030 [54] lämnas en mängd förslag på åtgärder för medlemsländerna, inklusive Sverige, att agera på. WHO:s handlingsplan utgår från sex strategiska mål. Det första målet handlar om att stärka politiska åtaganden – där munhälsa integreras i bredare policyarbete inom och utanför hälsosektorn. Det andra målet handlar om att intensivifiera arbetet med att främja munhälsa och att förebygga orala sjukdomar. Mål tre rör behovet av en stärkt arbetskraft och handlar bland annat om att utveckla innovativa modeller för personalförsörjning och att använda kompetensbaserad utbildning för att möta befolkningens behov av tandvård och munhälsa. Övriga mål rör insatser om att integrera nödvändig munhälsovård i primärvården, att förbättra och integrera hälsoinformationssystem, samt att stärka munhälsoforskning.

I detta projekt har vi inte fokuserat på internationella erfarenheter, eller jämförelser av tandvårdens styrning, ansvarsfördelning och funktionssätt i Sverige jämfört med andra länder. En fortsatt översyn av förslag som lämnas i denna rapport kan, i delar eller helhet, inkludera sådana jämförelser.

Det är positivt när intresset för, och kunskapen om tandvården ökar bland patienter, vårdpersonal och beslutsfattare – det stärker systemet och skapar bättre förutsättningar för motiverade beslut om förändringar i tandvårdens styrning. Förslagen på förändringar i tandvårdssystemet är många, men konsekvenserna av dem ofta oklara, och det behövs ett kontinuerligt lärande i utvecklingen av tandvården. När beslut om förändringar fattas på mer osäkra grunder, i avsaknad av beprövad erfarenhet och evidens, är det extra viktigt

att förändringarna följs upp och utvärderas löpande samt att kontinuerligt bygga in förutsättningar för uppföljning och utvärdering. Exempelvis skulle en ökad semantisk interoperabilitet mellan vårdinformationssystem samt ett utvecklat tandhälsoregister öka förutsättningarna för att följa upp och utvärdera tandvården.

Socialstyrelsens förslag för statlig översyn och systemförbättring

I detta avsnitt lämnar vi förslag på vilka delar av tandvården som är lämpliga för en fortsatt översyn av ökat statligt ansvar eller helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Sammanfattande handlar det om och syftar till att:

- skapa bättre förutsättningar för prioriteringar efter behov
- säkerställa ett hållbart tillhandahållar- och finansieringsansvar
- stärka förutsättningarna för forskning och utbildning
- ta ett helhetsgrepp om prevention och hälsofrämjande insatser.

Vi bedömer att dessa områden är särskilt lämpade och summerar motiven till det, i den följande texten. Där presenteras även konkreta förslag på delar som behöver ingå i en fortsatt översyn av dessa områden. Förslagen har framför allt bäring på de områden som Vårdansvarskommittén benämner system- respektive finansieringsansvar. Samtidigt är det ett komplext system där förändringar i dessa ansvarsområden kan påverka förutsättningarna för såväl tillhandahållar- som verksamhetsansvaret i tandvården.

- Skapa bättre förutsättningar för prioriteringar efter behov

Tandvårdens resurser är begränsade och ansträngda, och på många ställen råder det brist på personal. Samtidigt förekommer viss överbehandling och icke-göra-åtgärder, och ibland tillgodoses patienters efterfrågan på tandvård som inte är förenlig med vård efter (medicinskt) behov.

Hos flera aktörer finns en målsättning att prioritera resurser efter behov. Exempelvis utgår Socialstyrelsen från den etiska plattformen när myndigheten tar fram nationella riktlinjer för tandvården, och många regioner strävar efter att prioritera sina resurser i enlighet med dessa principer. Men styrningen och systemet i stort behöver stärkas i den riktningen. Här kan staten stärka förutsättningarna för det, bland annat som en del av sitt systemansvar för tandvården. Till exempel genom att i likhet med hälso- och sjukvårdslagen se över möjligheten att även införa etiska principer som grund för prioriteringar i tandvårdslagen, ett förslag som framförts i både statliga utredningar och från nyckelaktörer. Det skulle innebära att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården.

Vidare kan en nationell modell för riskbedömning, genom att samtliga patienters risk att utveckla munhälsoproblem bedöms enligt samma kriterier, bidra till en tandvård som i större utsträckning prioriteras efter behov. En nationell modell för riskbedömning kan på det sättet även stärka tandvårdens förmåga att arbeta mer orsaksinriktat och förebyggande. Samtidigt kan patientens roll i tandvården stärkas, eftersom modellen kan bli ett verktyg för att göra patienten mer delaktig i riskbedömningen, och i sin egen vård [51].

- Säkerställ ett hållbart tillhandahållar- och finansieringsansvar

Regionernas förutsättningar att klara sitt åtagande att erbjuda hela befolkningen en god tandvård innebär en allt större utmaning. Det beror mycket på sättet som finansieringsansvaret och tillhandahållaransvaret i tandvården är fördelat. Givet en kombination av otydlig författningsreglering där regionerna tolkar och applicerar regelverket olika, samt det kommunala självstyret, där regioner och kommuner själva kan välja att prioritera ett område i högre utsträckning än vad som är stipulerat i lagar och förordningar, finns det ett stort utrymme för ojämlikhet.

Arbetet med att se över tillhandahållar- och finansieringsansvaret i tandvården behöver inkludera lösningar som motverkar uppdelningen av tandvårdens olika segment och patientgrupper mellan de offentliga och privata vårdgivarna.

Regionernas utmaningar med att klara sitt åtagande gentemot befolkningen konstaterades redan 2021 av utredningen om jämlik tandhälsa [5, s. 438]. I det betänkandet lämnades ett antal förslag som skulle råda bot på det men som ännu inte tagits vidare till konkreta förändringar. En del som behöver ingå i en fortsatt översyn handlar till exempel om förslaget att i lag reglera att privata vårdgivare ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården.

För att säkerställa ett hållbart tillhandahållar- och finansieringsansvar är det också av vikt att se över och reformera tandvårdsstöden. I avsnittet ”Reformera tandvårdsstöden” i denna rapport lämnas flera närmare förslag om det – områden som är lämpliga för fortsatt översyn. En eventuell förflyttning av finansieringsansvar från regional till statlig nivå måste också väga in hur stor andel av regionernas kostnader som kan och bör hänföras till deras tandvårdsåtagande. I detta arbete är det också viktigt att utreda förslag på lösningar som gör att tandvårdsstöden förenklas ur ett patient- och medborgarperspektiv. Samt att eventuella förändringar kombineras med insatser för att nå en ökad kännedom och kunskap om stöden hos både patienter och vårdgivare, ett behov som är tydligt även utan förändringar.

Vidare ser vi att tandvårdsförordningen och kriterierna för de särskilda tandvårdsstöden är föråldrade och behöver uppdateras i takt med ny kunskap. Vi har tidigare utrett möjligheten att utfärda kompletterande föreskrifter eller

kunskapsstöd med förtydligande syfte, men har konstaterat att de behov av klargöranden och gränsdragningar som TvF:s formuleringar ger upphov till inte är möjliga att möta med hjälp av normerande eller vägledande kunskapsstöd. Vår bedömning är att TvF behöver genomgå en översyn och omfattande revidering för att den ska bli lättare att tillämpa och följa upp mot en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård, samt att kriterierna om sjukdomstillstånd och symtom behöver ändras till att tillgodose särskilda behov hos patienterna eller motsvarande [25]. Det är slutsatser som också stärkts i arbetet med denna rapport.

- Stärk förutsättningarna för forskning och utbildning

Beslut och prioriteringar inom tandvården behöver vila på en vetenskaplig grund, där tandvårdens brist på evidens är en central fråga när det gäller statens ansvar. Utan evidensbaserade beslut riskerar reformer att bli ineffektiva eller skapa ojämlikheter. Detta gäller på gruppnivå såväl som på individnivå.

Att insatser och metoder i vården saknar evidens innebär att de saknar vetenskapligt stöd, men det är inte liktydigt med att de inte fungerar. I avsaknad av evidens är det även vanligt och betydelsefullt att utifrån beprövad erfarenhet tillämpa konsensusförfarande i utvecklingen av prioriterings- och behandlingsriktlinjer, parallellt med att de vetenskapliga kunskapsluckorna täpps. Brist på konsensus och evidens gör det svårare att utforma tydliga riktlinjer om hur tandvårdens resurser ska prioriteras, samt öppnar upp för tolkningar och ojämlik vård där regioner, vårdgivare och behandlare hanterar sina prioriteringar på olika sätt.

Forskning och utbildning är områden som staten redan idag har ett tydligt ansvar för, men där utmaningarna i tandvården är tydliga. Här kan staten på flera sätt ta ett ökat ansvar. Delar som här behöver ingå i en fortsatt översyn handlar till exempel om att öka anslagen till både biomedicinsk och hälsovetenskaplig forskning, samt bredare medicinska forskningsprojekt. Sådan forskning kan bidra till mer kunskap om sambanden mellan oral- och allmän hälsa och möjligheten att utveckla effektiva förebyggande insatser. En styrka i frågan om forskning är kunskapen om vilka kunskapsluckor som finns. SBU har systematiskt sammanställt forskningen och identifierat en mängd kunskapsluckor där ny forskning behöver prioriteras. Patientföreträdare behöver också ges möjlighet att delta i prioriteringen av forskningsfrågor. Att involvera patienter i forskning kan både öka forskningens relevans och förbättra dess kvalitet.

En ytterligare möjlighet är att se över hur forskning kan och bör regleras i TvL, på samma sätt som det idag regleras i HSL. Utbildningspengen för landets tandvårdsutbildningar behöver också ses över och anpassas i takt med utbildningarnas kostnads- och löneutveckling. Det är angeläget att skapa

långsiktigt goda forskningsmiljöer i tandvården vilket kräver utökade resurser för forskarutbildning, doktorandfinansiering och finansiering av forskningsutrustning.

Vidare behöver staten se över och säkerställa att kvalitetsregister inom tandvården har tillräcklig och långsiktig finansiering, samt verka för ett utvecklat tandhälsoregister. Ett tandhälsoregister behöver utvecklas till att mer likna ett hälsodataregister med relevanta hälsodata som ger förutsättningar att följa upp hälsan i hela befolkningen. Registren möjliggör registerbaserad forskning som kan ge ny kunskap i utvecklingen av tandvården. I dessa frågor är det också viktigt med enhetlig terminologi och enhetliga definitioner, samt en nationell digital infrastruktur präglad av interoperabilitet.

- Ta ett helhetsgrepp om prevention och hälsofrämjande insatser

Tandvården ska arbeta för att förebygga ohälsa, och tandvårdens historiskt framgångsrika arbete med prevention framhålls vara en viktig orsak till den positiva utvecklingen i befolkningens munhälsa. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är även avgörande för att nå en mer jämlik munhälsa i befolkningen. Att prioritera och anpassa för de olikheter som finns i personers bedömda behov av tandvård, grundhälsa, närhet till vård, hälsolitteracitet, och egen förmåga att söka vård är viktigt för att öka jämlikheten även i de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna.

Effekterna av ett hälsofrämjande förhållningssätt med preventiva insatser, är ofta fördröjda, varför ett minskat fokus på det hälsofrämjande idag, kan yttra sig i en sämre munhälsa hos befolkningen flera år senare. Samtidigt ses ett minskat fokus på hälsofrämjande insatser och prevention i tandvården idag, där en lägre andel av befolkningen har regelbunden kontakt med tandvården. Kontinuiteten i tandvården är geografiskt och socioekonomiskt ojämnt fördelad. Resurserna i form av tandvårdspersonal är på många ställen ansträngda vilket leder till att mer akuta åtgärder prioriteras framför prevention. Liknande utmaningar ses i hälso- och sjukvården, där riskfaktorer för munsjukdomar även delas med andra sjukdomar.

Ett samlat grepp om förebyggande och hälsofrämjande insatser i befolkningen bedöms ha potential att utvecklas vidare om det skapas större incitament till samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Ett framgångsrikt arbete med prevention kräver även ett sektorsövergripande arbete med insatser inom och mellan olika samhällssektorer. Här behöver staten ta ett helhetsgrepp och se över hur de kan ta ett ökat ansvar för att och hur prevention i tandvården, hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer prioriteras.

Olika preventiva insatser kan vara mer eller mindre kostnads- och resurseffektiva. I denna fråga behöver staten även se över och ta hänsyn till samtliga styrmedel de har till buds. Det kan till exempel handla om att genom skolundervisning stärka befolkningens hälsolitteracitet, där för munhälsans

del praktiska moment som fluoridsköljning eller praktiska munhygienåtgärder lärs ut, att undersöka regleringar för en ”sockerfri” skola, eller om skatter kan eller bör användas som styrmedel.

En sådan översyn har potential att skapa bättre förutsättningar för horisontella prioriteringar på området.

Vikten av prevention i tandvården uppmärksammas även internationellt. WHO samlade i slutet av 2024 delegationer från över 110 länder för att ta fram nationella färdplaner och förhandla fram en gemensam deklARATION om munhälsa [55]. Alla medlemsländer uppmanas att prioritera förebyggande insatser, och att utöka tillgången till kostnadsmässigt överkomlig tandvård för hela befolkningen.

WHO calls on all countries to prioritize prevention and expand access to affordable oral health services as part of their journey towards universal health coverage. [WHO:s generaldirektör]

Socialstyrelsens uppdrag att stödja tandvården

Socialstyrelsen uppdrag är att arbeta för en god och jämlik vård på lika villkor för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid, på rätt nivå utifrån bästa tillgängliga kunskap och individens förutsättningar och vårdbehov. God och jämlik vård bygger på kunskap. Det är därför Socialstyrelsen arbetar med att styra och stödja, samt följa upp och analysera tandvården, och därmed ge bättre förutsättningar för en god och jämlik tandvård på lika villkor för alla.

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen, som en del av systemansvaret för tandvården, ett flertal ansvarsområden och uppdrag för att stödja och utveckla tandvården. Uppdrag som kan förväntas bidra till lösningar på flera av de förslag som sammanställts i denna rapport. Det handlar bland annat om:

- Framtagande och utvärdering av Nationella riktlinjer för tandvård. Här kan nämnas såväl Nationella riktlinjer för tandvård som riktlinjer för andra områden där tandvård och munhälsa är viktiga aspekter, exempelvis vård och omsorg vid ohälsosamma levnadsvanor, ätstörningar och demenssjukdom.
- Uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning i tandvården i syfte att skapa en enhetlig bedömning av tandvårdens patienter, som bland annat kan bidra till att tandvårdens resurser prioriteras till de patienter som har störst behov.
- Uppdrag att främja utvecklingen av vården, omsorgen och tandvården för personer med en demenssjukdom, bland annat genom att uppdatera de nationella riktlinjerna.

- Analyser av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal i det Nationella planeringsstödet (NPS). NPS 2025 har som syfte att stödja utvecklingen av efterfrågeanalyser för tandvården och koppla dem samman med personalbehov på kort och längre sikt. Genom att identifiera centrala drivkrafter, perspektiv och faktorer som påverkar efterfrågan på tandvård har rapporten som mål att bidra till att skapa en mer långsiktig och hållbar planering av personalresurser [56].
- Ansvar för det nationella fackspråket inom vård och omsorg, det vill säga hälsorelaterade klassifikationer, termbanken och Snomed CT. Nationell informationsstruktur och Snomed CT förvaltas idag av Socialstyrelsen, som en del av myndighetens instruktionsenliga uppdrag om e-hälsa och interoperabilitet.
- Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års med syfte att främja barns och ungas hälsa och utveckling och förebygga ohälsa. I uppdraget ingår att öka samverkan mellan hälso- och sjukvård och centrala aktörer, inklusive tandvården.
- Ansvar för nationella hälsodataregister, som Cancerregistret, Läkemedelsregistret, Medicinska födelseregistret, Patientregistret, Insatser i kommunal hälso- och sjukvård och Tandhälsoregistret, vilka är unika tack vare att de rymmer så många individer och att de har funnits sedan många år. Registren bygger på personnummer vilket gör att de kan användas för att analysera och förbättra hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgen och det förebyggande hälsoarbetet.

Socialstyrelsen kan avslutningsvis konstatera att myndighetens uppdrag att stödja tandvården med bästa tillgängliga kunskap, statistik och föreskrifter kommer att berikas och utvecklas av alla de perspektiv och synpunkter som ett stort antal centrala aktörer i tandvården har bidragit med i detta uppdrag.

Referenser

1. Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022 – Avser tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: TLV; 2023.
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
3. Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019. Stockholm: TLV; 2020.
4. 1177. Stöd om du inte har råd med tandvård. Hämtad 2025-01-22 från <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/kostnader-och-ersattningar-inom-tandvard/om-du-inte-har-rad-med-tandvard/>.
5. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Betänkande av Utredningen om Jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).
6. Verksamhetsstatistik 2014–2023. Hämtad 2025-02-11 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetstatistik.46542.html>.
7. Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård. Slutbetänkande av Utredningen om ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70).
8. TLV. Tandvårdsmarknaden i Sverige. Hämtad 2024-11-17 från <https://www.tlv.se/tandvard/tandvardsmarknaden.html>.
9. Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
10. Tänder & Trender. En rapport om munhälsa från SKaPa. Hämtad 2024-11-17 från https://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2023/12/T%C3%84NDER-TRENDER-231103_NY1.pdf. SKaPa (uå).
11. The Economic Rationale for a Global Commitment to Invest in Oral Health. World Economic Forum; 2024. White paper.
12. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. Health Systems in Transition, Vol. 24 No. 2. European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.
13. Tala om tänder – Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:6.
14. SKI Tandvård – Tillgängligheten lyfter och utmanar kundupplevelsen. Svenskt Kvalitetsindex; 2024.
15. Svensk tandvård: Högt förtroende trots vikande nöjdhet. Svenskt Kvalitetsindex; 2020.
16. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
17. Jando M. Tandvården minskar på användningen av antibiotika. Hämtad 2024-11-14 från <https://www.vetenskaphalsa.se/tandvarden-minskar-paanvandningen-av-antibiotika/>.
18. Strama. Om tandvårdsstrama. Hämtad 2024-11-14 från <https://strama.se/tandvardsstrama/om-tandvardsstrama/>.

19. Vård och omsorg för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
20. Folkhälsodata/Tandhälsa (självrapporterat)/efter födelse-land respektive utbildningsnivå. Hämtad 2025-02-03 från https://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata__B_HLV__fTandhalsa/.
21. Munhälsa och tandvård för placerade barn Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
22. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023b.
23. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024b.
24. Munhälsa en del av Senior alert. Senior alert; 2015. Informationsbroschyr.
25. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
26. Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2023. SKR; 2024.
27. Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
28. Kötider och tandvård. Sveriges tandläkarförbund; 2023.
29. Erfarenheter av estetisk kirurgi och injektionsbehandlingar. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys; 2024. PM 2024:6.
30. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård – Slutrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
31. Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet. TLV; 2023.
32. Konkurrensen i Sverige 2018. Stockholm: Konkurrensverket; 2018. Rapport 2018:1.
33. Vårporten 2024 – Så mår den privata vård-och omsorgs-sektorn i Sverige. Grant Thornton; 2024.
34. Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse. Erik Grönqvist Working papers in Social insurance. Försäkringskassan; 2012. Rapport 2012:1.
35. Transparent Tandvård. Rapport på uppdrag av Privattandläkarna. Grant Thornton; 2019.
36. Temanummer munhälsa Läkartidningen hämtad 2025-02-04 från <https://lakartidningen.se/tag/tema-munhalsa/>.
37. Årsrapport 2023. Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa; 2024.
38. GAPA hämtad 2025-02-04 från <https://www.kau.se/oral-halsa/forskning/forskning-inom-oral-halsa/gemensam-arbetsmodell-personcentrerad-samverkan-gapa>.
39. Tandhygienist i kommunal verksamhet TAIK. Persson J & Hägglin C Hälsoodontologiska enhetens rapportserie. Rapport 2:2022.
40. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende universitet och högskolor. Utbildningsdepartementet; 2023.

41. 30 år av underfinansiering – Hur systemfelet i resurstilldelningen sänker den högre utbildningen. Sveriges universitetslärare och forskare (SULF); 2024.
42. Kartläggning av metoder för tandvården – En kartläggning av systematiska översikter om metoder för prevention, diagnostik och behandling av tillstånd och sjukdomar som handhas av tandvården. Stockholm: SBU; 2021. SBU-rapport nr 321.
43. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Utfärdade legitimationer Tandläkare. Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2025-01-30 från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_utfleg/resultat.aspx.
44. Välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
45. Förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer. Stockholm: IVO; 2023.
46. Vård som inte bör göras Följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
47. Vad har IVO sett 2023? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2023. IVO; 2023.
48. Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. Delbetänkande av Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:10).
49. Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
50. Nordenström J, Lindgren S. Svensk läkarutbildning är bra – men kan bli bättre. Läkartidningen 2007. nr. 38 Vol. 104. s. 2686–88.
51. Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
52. Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148).
53. Ökad kontroll över tandvårdssektorn. Delbetänkande av Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82).
54. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Genève: WHO; 2024.
55. The first-ever global oral health conference highlights universal health coverage by 2030. Hämtad 2025-02-02 från <https://www.who.int/news/item/25-11-2024-the-first-ever-global-oral-health-conference-highlights-universal-health-coverage-by-2030>.
56. Patient och personalcentrerad personalplanering: Ett stöd för framtidens efterfrågeanalyser för tandvård, Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 4. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.

Bilagor

Bilaga 1. Nyckelaktörer

Frågor till nyckelaktörer. I slutet av november 2024 kontaktade Socialstyrelsen omkring 75 nyckelaktörer i tandvården per mail med förfrågan om de ville bidra med sina perspektiv på tandvårdens framtida utveckling. Över 60 olika organisationer eller aktörer återkom med skriftliga svar. Följande frågor ställdes i mailet:

1. Vilka ser ni som de mest centrala styrkorna inom tandvården?
2. Vilka är de mest centrala problemen och utmaningarna?
 - Anser ni att dessa problem påverkas av hur tandvården är organiserad eller av ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna? Om ja, hur?
3. Vilka förändringar kan enligt er förbättra tandvårdssystemet för patienter och invånare?
4. Hur ser ni på ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna?
 - Finns det områden där staten borde göra mer? Om ja, vilka och varför?
 - Finns det områden staten borde göra mindre? Om ja, vilka och varför?
5. Har ni andra synpunkter eller kommentarer som kan vara värdefulla för vårt arbete?

Frågorna utformades med grund i en frågeguide som utredningssekretariatet till Vårdansvarskommittén använt i sina orienterande möten och intervjuer.

Möten och fördjupade samtal med ett urval av nyckelaktörer. Digitala möten, där frågorna som skickats per mail kunde diskuteras mer ingående, genomfördes med ett urval av aktörer. Under dessa samtal ställdes även semistrukturerade frågor kopplat till hypotetiska scenarier om huvudmannaskap:

1. Vilka scenarier kan ni se framför er när det gäller ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och/eller tandvården? (*diskussion utifrån olika ansvarsbegrepp*)
2. Vilka möjliga konsekvenser skulle ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap få för tandvården? Till exempel:
 - om huvudmannaskapet för sjukhusvård skulle gå över från regioner till staten (och då tandvård på sjukhusen följa med)?
 - Om huvudmannaskapet för regionernas primärvård skulle övergå i statlig regi? (regionerna kvarstår som huvudmän för tandvård)

Tabell 1. Aktörer som bidragit med perspektiv och synpunkter.

Kontaktperson/Namn	Organisation	Skriftligt svar	Möte
Chaim Zlotnik, Daniela Sameland	Sveriges tandläkarförbund	X	X
Fouzieh Eliassy, Sara Hed Rann	Sveriges tandhygienistförening	X	X
Tina Hilding, Mary Grace, Karin Uden, Yvonne Brännström, Merja Fehler, Frida Nilsson	Svenska tandsköterskeförbundet	X	X
Lars Olsson	Privattandläkarna	X	X
Anders Jonsson, Kata Hansson	Praktikertjänst	X	X
Gunilla Swanholm, Ann-Charlotte Sundelin, Annri V Thimstrand	Svensk Folktandvårdsförening	X	X
Maria Johansson (Socialstyrelsen deltog vid ett av nätverkets ordinarie möten)	Regionernas tandvårdsnätverk	X	X
Gunnel Håkansson (även Lars Sjödin deltog vid möte)	Svarar som sakkunnig handläggare i egen person (anställd vid SKR)	X	X
Anna-Karin Wagner	Nationellt programområde tandvård		X
Hanna Sejlitz	Funktionsrätt Sverige		X
Martin Färnsten	Regeringskansliet, (utredare och sekreterare i bl.a. SOU 2024:70 resp. SOU 2021:8).		X
Lars Armbäck	Smile Tandvård	X	
Magdalena Sparf	Distriktstandvården	X	
Lars Wetterberg	Aqua Dental	X	
Ulrika Rebhan, Susanna Magnusson	Tjänstetandläkarna	X	X
Helena Håkansson Forthmeijer	TEV, Tandläkare med egen verksamhet	X	
Anna Westerlund	Svenska ortodontiföreningen	X	
Nina Sabel	Svenska pedodontiföreningen	X	

Kontaktperson/Namn	Organisation	Skriftligt svar	Möte
Per Alstergren	Svensk förening för bettfysiologi	X	
Catharina Göthberg	Svensk förening för oral protetik	X	
Elisabeth Morén	Svensk förening för orofacial medicin	X	
Anna Bogren	Svensk förening för parodontologi och implantologi	X	
Robert Bohlin	Beställarenhet Tandvård, Region Gävleborg	X	
Britta Schüllerquist	Folktandvården Gävleborg (bolagiserad)	X	
Kristin Löfgren	Folktandvården Halland	X	
Maria Pettersson	Folktandvården Norrbotten	X	
Pia Skott	Folktandvården Stockholm (bolagiserad)	X	
Anna Carin Dahlgren	Folktandvården Östergötland	X	
Annri V Thimstrand	Region Västernorrland	X	
David Lidin (MAS)	Socialförvaltningen Stockholms stad	X	
Åsa Dahlholm (MAS)	Socialförvaltningen Söderköpings kommun	X	
Bodil Lund	Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet	X	
Per Alstergren	Odontologiska fakulteten, Malmö universitet	X	
Pernilla Lif Holgerson	Institutionen för Odontologi, Umeå universitet	X	
Seida Erovic Ademovski	Tandhygienistprogrammet, Högskolan Kristianstad	X	
Ann-Catrin André Kramer	Tandhygienistprogrammet, Karlstads universitet	X	
Anna Sabelström	Knas Hemma	X	
Jonatan Widmark	Sveriges Ungdomsråd	X	
Rana Jumaah	Right By Me	X	
Georg Youssef Beniaminov	Rädda Barnens ungdomsförbund	X	
Tanja Hillberg	Unizon	X	
Liselotte Björk	Demensförbundet	X	
Nina Alander	Riksförbundet FUB	X	

Kontaktperson/Namn	Organisation	Skriftligt svar	Möte
Peter Söderlund	Tandhälsöförbundet	X	
Anders Åkesson	Riksförbundet HjärtLung	X	
Susanna Jankovic	Mun- & Halscancerförbundet	X	
Conny Allaskog	Nationell samverkan för psykisk hälsa	X	
Gun-Britt Lundin	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)	X	
Tomas Lindh	Svarar som sakkunnig i egen person (anställd vid Försäkringskassan)	X	X
Anders Wikander, Johan Blomgren	IVO	X	
Lars Svärd	Fd. IVO	X	
Helena Domeij	SBU	X	
Martin Berlin	Folkhälsomyndigheten	X	
Anja Almén	Strålsäkerhetsmyndigheten	X	
Ola Philipson	Läkemedelsverket	X	
Michel Silvestri	E-hälsomyndigheten	X	
Sara Björns, Jessica Persson Kylén, Katharina Hägglin	Forsknings- och innovationsprojektet "GAPA"	X	
Anders Lindunger, Katri Harcke	DentDi	X	
Thomas Davidson, Caroline Blomma, Victor Abdalla	Linköpings universitet/Prioriteringscentrum	X	
Johan Sanmartin Berglund	Blekinge tekniska högskola	X	
Ola Norderyd	Jönköping Universitet	X	
Álfheidur Ástvaldsdóttir, Shariel Sayardoust	SKaPa, inkl. SKRI	X	
Josephine Garpsäter	Senior Alert	X	

Bilaga 2. Uppgifter om klagomål

Samtliga patientnämnder i Sverige fick ett mail med frågan om de ville bidra med kunskap. Frågorna och uppgifterna som efterfrågades var:

1. Sett till problemområde, hur har klagomålen rörande tandvård utvecklats mellan 2021–2023? [*i mailet bifogades ett exempel från Patientnämnden i region Stockholm*]
 - a. Ser ni någon trend/indikation på att andelen ärenden ökat eller minskat inom visst problemområde under 2024?
2. Övergripande, hur skiljer sig klagomålen rörande tandvård jämfört med klagomål inom övrig hälso- och sjukvård? Är det vanligare med klagomål inom ett visst problemområde?

Totalt 16 av 21 patientnämnder bidrog med svar och uppgifter. Sett till befolkningstäthet täcker patientnämnderna som svarat omkring 90 procent av Sveriges befolkning (utifrån länet de är belägna i).

Tabell 2. Patientnämnder som svarat.

Patientnämnd
Dalarna
Gävleborg
Halland
Jämtland Härjedalen
Jönköping
Kalmar
Kronoberg
Norrbottn
Skåne
Stockholm
Södermanland
Uppsala
Värmland
Västmanland
Västra Götaland
Östergötland

Klagomålshanteringen skiljer sig åt mellan vårdgivare i tandvården: För klagomål på tandvård som bedrivs eller finansieras av regionerna, har patienter möjlighet att få hjälp av patientnämnderna, som ska stödja patienter i att framföra sina klagomål till vårdgivaren. Patientnämnderna har ingen skyldighet att hjälpa till i ärenden som rör privata vårdgivare i tandvården, om inte den privata vårdgivaren har avtal med patientnämnden (Lagen ((2017:372)) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården). För klagomål som rör privata vårdgivare som är anslutna till branschorganisationen Privattandläkarna kan patienter vända sig till deras förtroendenämnd, för vägledning och stöd. Praktikertjänst har en egen reklamationsnämnd för klagomål (och är även medlemmar i Privattandläkarna). För patienter som besökt en privat vårdgivare som inte är ansluten till branschorganisationen finns det dock ingen särskild instans att vända sig till för att få stöd i klagomålsprocessen [13].

I samtal med Privattandläkarna och Praktikertjänst ställdes därför liknande frågeställningar som till patientnämnderna baserat på ärenden som kommer till deras förtroendenämnd respektive reklamationsnämnd. Socialstyrelsen har även stämt av frågor med medarbetare vid Löf, samt haft ett möte med Sveriges konsumenter. Sveriges konsumenter bedriver bland annat konsumentvägledning på uppdrag av kommuner, reumatikerförbundet, och pensionärsorganisationerna PRO, SKPF och SPF Seniorerna.



Tandvården och Vårdansvarskommittén (artikelnr 2025-3-9441)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.