

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 28 september 2000 bemyndigades statsrådet Lars Engqvist att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m.

Den 17 november 2000 förordnades undertecknad, styrelseordföranden vid Sparbanken Nord Anders Sundström, som särskild utredare. Som sekreterare förordnades tandvårdschefen i Norrbottens läns landsting, numera medicinalrådet Agneta Ekman, Socialstyrelsen och anställdes redaktören Karin Nilsson Kelly, Ungdomsstyrelsen. Att biträda sekretariatet anställdes som expert före tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch.

En grupp av sakkunniga förordnades den 17 januari 2001 att ingå i utredningen. Den har bestått av avdelningschefen Bjarne Almström, Riksförsäkringsverket, kanslirådet Karin Odenchrants, Utbildningsdepartementet, departementssekreteraren Helena Santesson Kurti, Socialdepartementet, medicinalrådet Hans Sundberg, Socialstyrelsen och utredaren Håkan Vestergren, Landstingsförbundet.

Den 4 april 2001 överlämnades delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36). Jag överlämnar härmed slutbetänkandet *Tandvården till 2010* (SOU 2002:53). Jag ansvarar ensam för utredningens förslag och andra ställningstaganden. De sakkunniga har medverkat med sin expertis inom respektive område, lämnat viktigt underlag och givit värdefulla synpunkter under utredningsarbetets gång.

Utredningsarbetet är härmed slutfört.

Stockholm i juni 2002

Anders Sundström

/ Agneta Ekman

Karin Nilsson Kelly
Bertil Koch

Innehåll

Sammanfattning	11
Summary	27
Författningsförslag	43
1 Förslag till lag om ändring i lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.....	43
2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	44
1 Bakgrund.....	47
1.1 Den allmänna tandvårdsförsäkringen	47
1.2 Det reformerade tandvårdsstödet	49
1.2.1 Landstingens ansvar	49
1.2.2 Tandvårdsstödet inom försäkringen.....	50
1.2.3 Abonnemangstandvård.....	51
1.3 Utvecklingen efter tandvårdsreformen.....	51
1.3.1 Kostnadsutvecklingen.....	53
1.3.2 Tandhälsans utveckling.....	53
1.4 Utredningen Tandvårdsöversyn 2000.....	54
1.4.1 Stödet till särskilda patientgrupper	55
1.5 Bättre tandvårdsstöd för äldre	56
1.5.1 Tandvårdsutredningens synpunkter och förslag.....	56
1.5.2 Remissinstanserna.....	57
1.5.3 Regeringens proposition 2001/02:51	58
1.5.4 Riksdagsmotioner år 2001	60
1.6 Personal- och utbildningsfrågor.....	61
1.6.1 Kompetensfördelning och utbildningsbehov i framtidens tandvård	61
1.6.2 Nuvarande tandvårdspersonal	62

2	Utvecklingslinjer	65
2.1	Befolkningsutveckling enligt SCB:s prognoser	65
2.1.1	Sveriges befolkning 2000–2050 enligt SCB:s reviderade befolkningsprognos	65
2.1.2	Ökad folkmängd i de största tätorterna	68
2.1.3	Ungdomsgrupperna	70
2.1.4	Migrationen	71
2.1.5	EU:s befolkning blir allt äldre	72
2.2	Allmänhälsa	73
2.2.1	Hälsa och livslängd är ojämnt fördelade	73
2.2.2	Den framtida sjukdomsbördan	74
2.2.3	Landstingsförbundets framskrivning av sjukvårdens resursbehov på 20 års sikt	75
2.3	Oral hälsa och hälsoutveckling	76
2.3.1	Behovet av epidemiologiska undersökningar	76
2.3.2	Tandhälsan hos barn och ungdomar	77
2.3.3	Tandhälsan hos vuxna	81
2.3.4	Tandhälsan hos sjuka och funktionshindrade äldre	87
2.3.5	Folkhälsa och folksjukdomar	89
2.4	Vårdbehov och värdefterfrågan	93
2.4.1	Tandvårdsbehov och besöksfrekvens	93
2.4.2	Tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan	100
2.4.3	Vårdbehov, vårdkonsumtion och värdefterfrågan	102
2.4.4	Prisförändringar och tandvårdskonsumtion i Sverige och andra länder	104
2.5	Forskning och utveckling	106
2.6	Den medvetna patienten	108
2.7	Den sociala tryggheten i framtiden	109
2.7.1	Vårdens framtida finansiering	111
2.7.2	Finansiering av tandvård i framtiden	111
2.8	Verksamhetens struktur	112
2.8.1	Scenarier om framtidens hälso- och sjukvård	112
2.8.2	Tänkbara strukturförändringar inom tandvården	115

2.9	Vårdmodeller – arbetsfördelning inom teamet	117
2.9.1	En förändrad yrkesroll.....	117
2.9.2	Team och teamarbete.....	117
2.9.3	Arbetsorganisatoriska modeller	118
2.10	Service och tillgänglighet	120
2.10.1	Mobila tandkliniker.....	120
2.10.2	Den mobila tandvårdens möjligheter.....	121
2.11	Omvärldsfaktorernas betydelse för personalförsörjning.....	123
2.12	Sammanfattning och slutsats	127
3	Mål och principer	131
3.1	Tandvården och det ekonomiska stödet.....	131
3.1.1	Mål för tandvården.....	131
3.1.2	Mål för det ekonomiska stödet	133
3.1.3	En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård	134
3.2	Överväganden och förslag	136
3.2.1	Tandvårdsstödet framtida inriktning	136
3.3	Utbildning	143
3.3.1	Mål för utbildningarna.....	143
3.3.2	Faktorer av betydelse för framtida kompetensbehov	144
3.3.3	Arbetsuppgifter och personalkategorier.....	146
3.3.4	Principer för utbildning	149
4	Tandvårdens struktur	151
4.1	Verksamhetens struktur.....	151
4.1.1	Scenarier i framtidens tandvård.....	152
4.1.2	Tandvårdens utmaningar	154
4.2	Pensionsavgångar och personalbehov	158
4.2.1	Tandläkare	158
4.2.2	Tandsköterskor	161
4.2.3	Tandhygienister.....	162
4.2.4	Tandtekniker	163
4.2.5	Avskaffande av åldersgränsen.....	165
4.3	Vårdmodeller – arbetsfördelning inom teamet	166
4.3.1	Team och teamarbete.....	167
4.3.2	Arbetsorganisatoriska modeller	168
4.3.3	Möjligheter och hinder	170

4.4	Service och tillgänglighet.....	173
4.4.1	Den mobila tandvårdens möjligheter	174
5	Tandvårdsutbildningarna	177
5.1	Forskning och forskarutbildning.....	177
5.1.1	Forskning.....	177
5.1.2	Forskarutbildning.....	178
5.2	Tandläkare.....	180
5.2.1	Arbetsmarknad och legitimation.....	180
5.2.2	Tandläkarutbildningen.....	181
5.2.3	Socialstyrelsens rapport om den framtida kompetensförsörjningen i tandvården	184
5.2.4	Överväganden och förslag	185
5.3	Tandsköterskor.....	188
5.3.1	Arbetsmarknad.....	188
5.3.2	Tandsköterskeutbildningen.....	189
5.3.3	Överväganden och förslag	189
5.4	Tandhygienister	191
5.4.1	Arbetsmarknad.....	191
5.4.2	Tandhygienistutbildningen.....	191
5.4.3	Överväganden och förslag	193
5.5	Tandtekniker.....	198
5.5.1	Arbetsmarknad.....	198
5.5.2	Utbildning.....	198
5.5.3	Överväganden och förslag	200
5.6	Specialister.....	201
5.6.1	Kompetens som specialist.....	201
5.6.2	Landstingens planeringsansvar	203
5.6.3	Landstingens utbildningsansvar	204
5.6.4	Pensionsavgångar och tillskott.....	204
5.6.5	Tidigare utredningar.....	206
5.6.6	Specialitet i sjukhustandvård	209
5.6.7	Specialisternas verksamhet.....	210
5.6.8	Överväganden och förslag	213

6	Det ekonomiska stödet för tandvård.....	223
6.1	Tandvård i samband med sjukdom eller funktionshinder ...	223
6.1.1	Landstingens ansvar	223
6.1.2	Tandvårdsförsäkringen	228
6.1.3	Överväganden och förslag.....	233
6.2	Tandvårdsförsäkringen	246
6.2.1	Unga vuxna.....	246
6.2.2	Bastandvård	250
6.2.3	Högekostnadsskydd för protetik	260
6.3	Slutkommentarer och kostnader för förslagen.....	263
7	Trygghet för patienterna	265
7.1	Landstingens patientnämnder	265
7.1.1	Nu gällande regler.....	265
7.1.2	Överväganden och förslag.....	272
7.2	Garantier m.m.....	274
7.2.1	Garanti vid omgörning	274
7.2.2	Ersättning vid patientskada	275
7.2.3	Överväganden och förslag.....	276
7.3	Jämställdhet	276
7.3.1	Tandhälsa.....	276
7.3.2	Efterfrågan och konsumtion	279
7.3.3	Överväganden och förslag.....	289
7.4	Tandvårdskrediter	289
7.4.1	Högekostnadsskydd inom vården	289
7.4.2	Ekonomiska hinder för tandvård	293
7.4.3	Överväganden och förslag.....	294
7.5	Konsekvensanalys ur ett integrationspolitiskt perspektiv...	297
8	Kostnadsutveckling.....	301
8.1	Tandvårdens kostnader	301
8.2	Tandvårdsförsäkringen	302
8.3	Landstingens tandvård	303

8.4	Priset på tandvård	305
8.4.1	Riksförsäkringsverket	305
8.4.2	Landstingsförbundet	306
8.4.3	Regeringen	308
8.5	Utredningen.....	310
9	Uppföljning	313
9.1	Dagens system för uppföljning och utvärdering	313
9.1.1	Riksförsäkringsverket	313
9.1.2	Socialstyrelsen	314
9.1.3	Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen	316
9.1.4	Övriga.....	317
9.2	Överväganden och förslag.....	318
Bilagor:		
1	Kommittédirektiv	321
2	Specialisttandläkarnas verksamhet år 2001.....	331
3	Underlag till tillämpningsregler för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder.....	349
4	Morgondagens tandläkare – om utbildningen, jobben och framtiden.....	365

Sammanfattning

Inledning

I september år 2000 beslutade Regeringen att tillsätta en utredning med uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft den 1 januari 1999. Utredningen skall vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras.

Utredningen som har arbetat under benämningen *Utredningen Tandvårdsöversyn 2000* överlämnade den 4 april år 2001 delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2000:36) där ett förslag till förbättrat skydd mot höga behandlingskostnader för de äldre presenteras. Delbetänkandet innehåller även en analys av prisutvecklingen sedan reformens införande samt utredningens bedömning av kostnadsutvecklingen för de kommande fem åren.

I föreliggande betänkande, som är utredningens slutbetänkande, behandlas frågor om den framtida tandvårdens organisation och om tandvårdsstödet mer långsiktiga inriktning och omfattning. Utifrån en genomlysning av dagens situation och prognoser om den framtida tandhälsoutvecklingen och vårdbehov i olika åldersgrupper samt tillgång och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens redovisar utredningen sina förslag om hur den framtida tandvården bör organiseras och utvecklas.

Sammantaget syftar utredningens förslag till att förbättra tandvårdsstödet och öka tandvårdens tillgänglighet för alla, att över hela landet trygga tillgången på kompetent personal, som motsvarar de krav som kommer att ställas på tandvårdspersonal i framtiden, och att främja effektivitet och samarbete inom tandvården.

Bakgrund

I Sverige infördes år 1974 en allmän tandvårdsförsäkring som syftade till att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. Tack vare samtidig satsning på förebyggande vård förbättrades svenska folkets tandhälsa stadigt under de kommande decennierna. Försämrade statsfinanser gjorde det emellertid nödvändigt att förändra det statliga stödet till vuxentandvården och tandvårdsförsäkringen kom allt mer att inriktas på att ge stöd till dyrbara behandlingar till en mindre del av befolkningen och efterfrågan på regelbunden s.k. bastandvård minskade.

I tandvårdspropositionen 1997/98:112 aviserades en ny inriktning för tandvårdsstödet och dåvarande regering fastslog att tandvårdsförsäkringen skulle ha en inriktning som främjar hela befolkningens tandhälsa. Därutöver ansågs det viktigaste vara att prioritera vissa grupper av äldre, sjuka och funktionshindrade och, om kostnadsramen medgav, patienter med höga behandlingkostnader.

Det reformerade tandvårdsstöd som trädde i kraft den 1 januari 1999 syftar till att ge alla vuxna ett bättre ekonomiskt stöd till bastandvården och ett bättre ekonomiskt stöd till grupper inom vården och omsorgen. Stödet till dessa grupper är uppdelat i två delar, dels stödet för den tandvård som ingår i tandvårdsförsäkringen och som administreras av försäkringskassorna, dels stödet för den tandvård som administreras av landstingen.

Det stöd som faller inom landstingets ansvar anses fungera tämligen väl. Reformen har inneburit väsentliga förbättringar för flera grupper inom vården och omsorgen och ett stort antal människor med stora och eftersatta behov av tandvård har kunnat få hjälp. Den del som administreras av försäkringskassan och som är avsedd för patienter som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökat behov av tandvård kritiserar bl.a. för att vara krångligt och inte komma patienterna tillgodo i den omfattning som var avsikten.

Riksförsäkringsverket har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av den nya tandvårdsförsäkringen. Verket konstaterar att det har skett en förskjutning mot bastandvård i enlighet med reformens syfte men prisutvecklingen på tandvårdstjänster har varit så

kraftig sedan reformen trädde i kraft, med en ökning mellan 30 och 40 procent, att försäkringsersättningarna generellt har urholkats.

I propositionen *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* (prop. 2001/02:51) lämnade regeringen ett förslag om högkostnadsskydd för protetik som skall gälla från och med det kalenderår under vilket man fyller 65 år. Tandvårdsersättningen uppgår till 100 procent av arvudet över 7 700 kronor. Kostnaden för vissa material tillkommer. Vårdgivarens ersättningsanspråk och behandlingsförslag skall prövas av allmän försäkringskassa. Även för bastandvård föreslog regeringen ett bättre skydd för de äldre. Förslagen som bifallits av riksdagen träder i kraft den 1 juli år 2002.

Utvecklingslinjer

I kapitel 2 redogörs för aktuella frågor inom tandvården avseende bl.a. tandvårdsefterfrågan och personalförsörjning som ställs i relation till befolkningsutvecklingen och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt andra samhällstrender med relevans för tandvården.

Den demografiska strukturen i Sverige kommer att genomgå kraftiga förändringar de närmaste decennierna. Den största förändringen över tiden är den stora uppgången av antalet äldre. Den ökade medellivslängden i befolkningen medför en ökad konsumtion av vård, inklusive tandvård, och hälso- och sjukvårdens resursbehov förväntas öka med 10–15 procent till år 2020. Samtidigt kommer antalet personer i arbetsför ålder att minska vilket påverkar den samhällsekonomiska utvecklingen och förutsättningarna att finansiera ökade vårdkostnader. Det krävs därför ett effektivt utnyttjande av resurserna och det krävs en noggrann analys av hur den förändrade ålderssammansättning av befolkningen, den ökade kunskapen om tandvårdssituationen hos kroniskt sjuka och funktionshindrade samt en omfattande invandring till Sverige påverkar det framtida vårdbehovet och möjligen också tandvårdsstödet.

Den framtida tandvården måste planeras utifrån befolkningens behov av tandvård och erbjudas alla medborgare på lika villkor. Upprepade epidemiologiska undersökningar ger en förhållandevis säker grund för en framtidsbedömning av tandhälsoutvecklingen. Under de senaste decennierna har tandhälsan i befolkningen stadigt förbättrats och det gäller särskilt tandhälsan hos barn och ungdomar, men det finns stora regionala skillnader och tandhälsan

skiljer sig även mellan svenska barn och barn till invandrare hos vilka förekomst av karies är betydligt vanligare. Epidemiologiska undersökningarna visar att det även har skett en påtaglig förbättring bland den vuxna befolkningen, men också här finns skillnader mellan olika delar av landet. Tandhälsan i befolkningen har således förbättrats avsevärt de senaste 25 åren men betydande skillnader relaterade till socioekonomiska förhållanden kvarstår. Det finns även en social snedfördelning vad beträffar tandvårdsutnyttjandet och det är framför allt i de lägsta inkomstklasserna som tandvårdsbesöken har minskat i omfattning under senare år.

Enligt Statistiska Centralbyråns undersökning år 1999 om hushållens inkomster, HINK, uppgav närmare 15 procent, motsvarande en miljon personer av befolkningen, att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Eftersom det huvudsakligen är inkomstsvaga som avstår från vård finns det skäl att särskilt uppmärksamma riskerna för utsatta grupper vid förändringar i avgiftssystemen. Även om avgiftshöjningarna inte är särskilt stora kan de ha kännbara effekter i de lägre inkomstskikten.

På lika goda grunder som man kan förutsätta att höjda avgifter kan leda till att människor avstår från vård kan man förutsätta att en väsentligt större bidragsdel till patienterna kan leda till en efterfrågeökning. Utredningen håller det för troligt att det av regeringen föreslagna högkostnadsskyddet för all protetik t.ex. kronor, broar och implantat för åldersgruppen 65 år och äldre, kommer att medföra en ökning av tandvårdskonsumtionen. Med de knappa personella vårdresurser som idag finns utanför storstadsområdena kan det bli svårt att tillgodose stora efterfrågeökningar.

Det finns fler viktiga faktorer som påverkar utvecklingen och behovet av tandvård idag och i framtiden. Den snabba utvecklingen av informationsteknologin har påverkat och utvecklat de flesta verksamheterna i samhället. IT innebär också att tekniken inom tandvården förändras. Teleodontologins stora potential både vad gäller vård och personalutbildning är mycket stor och Internet möjliggör också internationella kunskapsnätverk.

Ny teknik och nya kunskaper som bidrar till förenklingar medför också ett kontinuerligt behov av att ompröva arbetsorganisationen och att se över arbetsfördelningen mellan de olika yrkeskategorierna inom tandvården. Utmaningen de närmaste åren är att få till stånd en effektivare blandning av kompetenser och en ökad samverkan mellan yrkesgrupper så att samtligas reella kompetens kan tas tillvara bättre.

Sammantaget innebär utvecklingen att det i framtiden kommer att krävas en bättre samordning och prioritering av samhällets resurser än idag om vårdresurserna skall räcka till alla eftersom de ekonomiska resurserna är ändliga och brister i personaltillgången sannolikt också kommer att utgöra en begränsande faktor.

Det är emellertid utredningens övertygelse att en ändrad arbetsorganisation och personalstruktur samt ett ändrat arbetssätt kan öka tillgängligheten av vård för patienterna.

Mål och principer

I kapitel 3 behandlas mål och principer för tandvården och statens ekonomiska stöd till tandvården, för arbetsorganisatoriska förändringar inom tandvården och för tandvårdsutbildningarnas omfattning och innehåll.

De övergripande målen för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det reformerade tandvårdsstöd som infördes i Sverige år 1999 innebar att tandvårdsförsäkringen fick en tydligare hälsoinriktning genom den ökade satsningen på bastandvård. Även det framtida tandvårdsstödet bör ha en tydlig folkhälsoprofil och vara utformat så att det stimulerar till ökat ansvarstagande från patientens sida för sin tandhälsa.

Utredningen anser att det är viktigt att skapa förutsättningar för att den som har det största behovet av tandvård skall ges företräde och att människor som behöver vård inte skall behöva avstå av ekonomiska skäl. När det gäller tandvård i samband med sjukdom och funktionshinder anser utredningen att patienter som har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder inte skall ha ökade kostnader för sin tandvård till följd av detta och att det behövs ett enhetligt ersättningssystem för all tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder.

Utredningen anser att vissa justeringar och förbättringar av det nuvarande tandvårdsstödet är nödvändiga. Det gäller exempelvis en förbättring av tandvårdsersättningen för bastandvårdens åtgärder och det krävs även förbättring av högkostnadsskyddet dvs. bättre förutsättningar för att alla vuxna skall kunna få även omfattande tandvård till rimliga kostnader. Det är också viktigt att de tandhälsovinster som uppnås genom den organiserade barn- och ungdomstandvården tas tillvara och att övergången mellan den avgifts-

fria barn- och ungdomstandvården och den avgiftsbelagda vuxentandvården förbättras.

Vad avser det ekonomiska stödet lämnar utredningen principförslag till hur tandvårdsstödet successivt bör byggas ut när resurserna så medger. För att kunna genomföra utredningens omfattande förslag till förbättringar krävs inte enbart finansiella resurser utan även att vårdresurserna är jämnt fördelade över landet. Vidare bör arbetsorganisationen förändras till mer arbete i vårdlag.

De mål och principer som utredningen lyfter fram avseende utbildningssystemet är att all tandvårdspersonalen efter avslutad grundutbildning skall ha kompetens att ge vård av hög kvalitet och att grundutbildningen skall ge förutsättningar för fortsatt livslångt lärande. Dimensioneringen av tandvårdsutbildningarna skall syfta till att täcka den efterfrågan som finns i Sverige. Utbildningarna skall inte heller innebära en återvändsgränd utan kunna leda vidare till fortsatta studier inom tandvårdens område eller andra högskolestudier.

Tandvårdens struktur

I kapitel 4 belyses den framtida tillgången på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens. Möjligheterna att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal över hela landet diskuteras liksom möjligheterna att främja effektiva arbetsformer och ett väl fungerande samarbete inom tandvården. Vidare behandlas fördelningen av arbetsuppgifter mellan tandvårdens olika yrkeskategorier.

Kompetensbehoven påverkas av de förändringar som sker i omvärlden. Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar och samma påverkansfaktorer finns inom tandvården som inom hälso- och sjukvården. I kapitlet redovisas ett antal drivkrafter för en positiv utveckling men även motkrafter.

Befolkningsutvecklingen med en ökad andel betandade äldre med allt större krav på oral hälsa och oral komfort bidrar till en starkt ökad värdefterfrågan. En fortsatt god samhällsekonomisk utveckling torde även innebära att alltfler kan få tillgång till högspecialiserad tandvård, vilket på sikt upprätthåller en fortsatt stor värdefterfrågan. Emellertid finns också ett flertal försvärande faktorer vad beträffar tillgången till tandvård. Redan idag är tandvårdsresurserna ojämnt fördelade över landet.

Den största utmaningen för svensk tandvård är troligen personalförsörjningen. Allt talar för att antalet yrkesverksamma tandläkare kommer att minska något under de närmaste tio åren samtidigt som efterfrågan på tandvård med största sannolikhet kommer att öka. Kompletterande team som arbetar kring patienten och där varje medarbetare kan använda sig av sin fulla kompetens är en väg att klara svensk tandvård så att befolkningen också i framtiden får tillgång till en god tandvård med inriktning på förbättrad tandhälsa, vilka är några av de krav som ställs på tandvården i tandvårdslagen.

Tandvårdsutbildningarna

I kapitel 5 diskuteras behovet av en förändrad tandläkarutbildning och det framtida behovet av specialisttandläkare ses över. Likaså diskuteras tandhygienisternas, tandsköterskornas och tandteknikernas roll i tandvården och behovet av utbildning för dessa yrkeskategorier.

Utredningen betonar i flera sammanhang att framtidens tandvård i allt högre grad kommer att inriktas på omhändertagande av äldre och sjuka samt personer med funktionshinder. Detta ser utredningen som en uppgift för flertalet verksamma tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Undervisningen om detta verksamhetsområde måste därför utökas inom alla tandvårdsutbildningar inklusive specialistutbildningarna.

Tandläkarutbildningarna:

Det har under senare år framförts kritik att nyutexaminerade tandläkare inte har tillräckligt bra klinisk färdighetsträning. Målen att kunna samarbeta med övrig personal inom tandvården, att ha tränat tandläkarens arbetsledande roll i tandvårdsgruppen och ha tillägnat sig ett hälsoekonomiskt och värdeekonomiskt tänkande kan vara svåra att uppfylla. Det har därför diskuterats om det bör införas en obligatorisk praktisk tjänstgöring för tandläkare efter grundutbildningen.

Utredningen föreslår att det inom ramen för tandläkares grundutbildning skall införas två månaders sammanhängande klinisk utbildning utanför högskoleinstitutionerna. Syftet skall vara att

man under realistiska förhållanden tränas i teamtandvård och ett hälsoekonomiskt och värdeekonomiskt tänkande innan man erhåller legitimation som tandläkare.

För att främja en bättre spridning av tandläkare över landet föreslår utredningen att den grundläggande tandläkarutbildningen utökas med 20 utbildningsplatser och att dessa förläggs till Umeå universitet.

Beträffande specialistutbildningen föreslår utredningen att det i tandvårdslagen införs en bestämmelse som tydliggör landstingens ansvar för specialistutbildningarna.

En nationell tandsköterskeutbildning:

Tandsköterskeyrket är ett yrke i förändring. Från att huvudsakligen ha varit ett assistansarbete har utvecklingen stadigt gått mot ett allt bredare arbetsområde.

Utredningen har i många sammanhang uttalat att det finns ett behov av kompetenta tandsköterskor inom tandvården. Enligt de prognoser som utredningen gjort kommer mer än 3 000 tandsköterskor att gå i pension fram till år 2011. Eftersom det i princip inte finns någon formell utbildning kommer dessa inte att kunna ersättas.

Utredningen föreslår att det inrättas en tandsköterskeutbildning som påbyggnadsutbildning inom den kommunala vuxenutbildningen.

En tandhygienistutbildning med påbyggnadsmöjligheter:

Tandhygienistyrket har förändrats genomgripande sedan det etablerades i Sverige på 1960-talet. Då arbetade tandhygienisten främst med ickekirurgisk behandling av tandlossningssjukdomar. I dag är yrkesrollen betydligt bredare och omfattar fler arbetsuppgifter. Det är främst inom barn- och ungdomstandvården som en breddning av arbetsuppgifterna skett och en liknande utveckling är på väg inom äldretandvården.

Utredningen anser att grundutbildningen av tandhygienister också fortsättningsvis bör omfatta 80 poäng. Därutöver skall olika typer av påbyggnadsutbildningar finnas. Dessa kan vara olika långa beroende på inriktning men de bör ligga på högskolenivå. Vidare-

utbildning av tandhygienister är, enligt utredningens uppfattning, i första hand ett arbetsgivaransvar.

I flera sammanhang berörs de arbetsorganisatoriska förändringar som måste komma till stånd för att en större effektivitet skall uppnås i tandvården. Tandhygienisten har därvid en nyckelroll förutsatt att tandläkaren tillåter tandhygienisten att arbeta utifrån sin fulla kompetens. Dessvärre är det många som idag inte får möjlighet att arbeta med de allsidiga uppgifter som en tandhygienist har formell kompetens för.

Genom grundutbildning och möjlighet till fördjupning via påbyggnadsutbildningar anser utredningen att tandhygienisterna ges samma utvecklingsmöjligheter som allmäntandläkarna. I en framtida arbetsorganisation torde en sådan modell kunna utvecklas till gagn såväl för den enskilde individen som för arbetsgivaren, som med utgångspunkt i en diversifierad verksamhet kan anpassa de spetskompetenser som behövs inom tandhygienistens verksamhetsområde.

Beträffande tandtekniker anser utredningen att antalet utbildningsplatser på tandteknikerutbildningen är tillräckligt för att förse de svenska tandtekniska laboratorierna med personal. Nyttillskottet i form av nytutexaminerade täcker de prognostiserade pensionsavgångarna fram till år 2011.

Det ekonomiska stödet för tandvård

I kapitel 6 behandlas det ekonomiska stödet för tandvård. Utgångspunkten för utformningen och utvidgningen av det framtida tandvårdsstödet skall vara att stöd i första hand skall lämnas till den bastandvård som är nödvändig för att uppnå och behålla en god tandhälsa och för att förhindra att större skador uppkommer i framtiden. Därutöver skall det också finnas ett skydd mot höga behandlingskostnader så att de som är i behov av omfattande protetiska konstruktioner i form av kronor, broar och implantat skall ha råd att utföra den vård som erfordras. Utredningen föreslår också omfattande förbättringar för stödet till tandvård som har samband med allmänsjukdomar eller funktionshinder.

Tandvård i samband med sjukdom eller funktionshinder

Utredningen föreslår att all sådan tandvård som är en följd av ett väsentligt ökat behov på grund av allmänsjukdom eller funktionshinder sammanförs till ett och samma förmånssystem och det är utredningen bedömning att landstingens ansvar skall omfatta all sådan tandvård och betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård. De särskilda reglerna inom tandvårdsförsäkringen, som avser personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom och funktionshinder kan därigenom tas bort.

Utredningen föreslår också att den kirurgiska infektionsbehandlingen vid allvarlig parodontal sjukdom samt den tillhörande rengöringen av rotytorna skall omfattas av landstingens ansvar och avgiftssystem.

Förslaget innebär en avsevärd förbättring av det ekonomiska stödet för de patienter som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder. I synnerhet gäller detta om det behövs protetiska åtgärder. En sådan förändring innebär troligen att betydligt fler sådana åtgärder kommer att utföras än tidigare med ökade kostnader som följd. Det är därför viktigt att landstingen vid sina bedömningar av behandlings- och kostnadsförslag ser till att enbart sådana tandvårdsåtgärder som orsakas av ett väsentligt ökat vårdbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder, får betalas med hälso- och sjukvårdsavgifter.

Vad gäller landstingens ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till patienter med särskilda behov föreslår utredningen bl.a. att 8 a § i tandvårdslagen förtydligas så att det framgår att det är det individuella behovet av vård och omsorg som berättigar till avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård till avgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Trots betydande informationsinsatser från landstingens sida om hur tandvårdslagen och tandvårdsförordningen bör tillämpas finns så stora skillnader mellan de olika landstingens regelverk att Socialstyrelsen menar att en rättsosäkerhet får anses föreligga. Tydligare anvisningar har också efterfrågats från många landsting.

Utredningen anser att det bör finnas en aktualiserad och samlad information om vad som skall anses ingå i den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården åt boende på sjukhem m.m. Utredningen anser att Socialstyrelsen bör ges bemyndigande

att utfärda föreskrifter och allmänna råd om personkretsar och vårdinnehåll. Härigenom ökar rättssäkerheten och önskemålen från landstingen om tydligare anvisningar blir tillgodosedda.

Unga vuxna

Utredningen föreslår att de personer som lämnar den avgiftsfria barn och ungdomstandvården skall få ett värdebevis som hos valfri tandläkare eller tandhygienist gäller som delbetalning för tandvårdsabonnemang eller åtgärdsdebiterad tandvård. Värdebeviset skall distribueras tillsammans med information av försäkringskassorna i början av det år då individen fyller 20 år. Värdebeviset skall ha ett värde av 600 kronor för att i stort sett kunna täcka kostnaderna för en undersökningen och en förebyggande åtgärd av mindre omfattning.

Huvudmotiven till utredningens förslag är att de unga vuxna är en ekonomiskt svag grupp. Många saknar inkomster på grund av fortsatta studier och arbetslösheten är förhållandevis hög bland de unga. Utredningen vill också skapa ett system för att underlätta övergången från den organiserade avgiftsfria ungdomstandvården till vuxentandvården. Systemet skall dels minska kostnaderna för den unga vuxna under de närmaste åren efter det att den avgiftsfria vården upphört, dels underlätta fortsatta regelbundna kontakter med tandvården.

Bastandvård

För att förstärka tandvårdsförsäkringens inriktning mot bastandvård föreslår utredningen att

- grundbeloppet räknas upp för undersöknings- och förebyggande åtgärder, tandvårdsabonnemang samt för pulpakirurgisk behandling,
- tandvårdsersättning för undersökning införs för åldersgruppen 30–64 år,
- tandvårdsersättningen för förebyggande åtgärder höjs till ett och ett halvt grundbelopp för alla ,
- tandvårdsersättningen för pulpakirurgisk behandling höjs till ett och ett halvt grundbelopp för alla samt att

- bettskenor blir bastandvård.

Ett av de problem som utredningen vill försöka lösa är att i princip ingen av kostnadsskäl skall behöva avstå från regelbundna besök hos tandvården. Ju mer långsiktig en relation mellan vårdgivare och patient är desto gynnsammare blir effekterna. Av största betydelse är att patienterna inte skall behöva komma så sent till behandling att skadorna hunnit bli irreparabla så att tänderna måste tas bort eller att omfattande reparationer med kronor, broar eller implantat behöver utföras.

Utredningen anser att den tandvårdersättning som utgår för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården är viktig i ett långsiktigt perspektiv både för den enskilde individen rent kostnads- och tandhälsomässigt och för samhällsekonomin genom lägre kostnader för tandvården.

Ett utvidgat högkostnadsskydd för protetik

Utredningen anser att ett högkostnadsskydd skall inrättas för alla med stora protetiska vårdbehov i åldrarna 20 år och däröver så snart som statsfinanser och vårdresurser tillåter.

Utredningen uttalade redan i delbetänkandet att det vore önskvärt att alla med höga behandlingskostnader skulle kunna komma i åtnjutande av det utökade stöd som föreslogs för äldre patienter. Anledningen till att stödet då inte föreslogs gälla generellt var för att kostnaderna inte skulle rymmas inom den då tillgängliga kostnadsramen.

Riksdagens beslut att införa ett högkostnadsskydd för all protetik såsom kronor, broar och implantat för åldersgruppen 65 år och äldre, där kostnaden för fasta protetiska ersättningar exklusive kostnaden för material och bastandvård under en behandlingsomgång uppgår till högst 7 700 kronor, kan ses som ett första steg mot att jämställa tandvård med annan sjukvård. Eftersom detta stöd sannolikt blir mycket resurskrävande bör en noggrann utvärdering av effekterna genomföras. I utvärderingen måste ingå såväl kostnadsutvecklingen för försäkringen som hur ersättningsystemet påverkar beteendet hos vårdgivare och patienter. Nödvändiga förändringar kan då vidtas innan stödformen införs.

Trygghet för patienterna

I kapitel 7 behandlas patienternas rättigheter inom tandvården och patientnämndernas verksamhet. Tandvårdsförsäkringen analyseras i ett jämställdhetsperspektiv och möjligheten att införa ett system för tandvårdskrediter diskuteras.

För att få en uppfattning om i vilken utsträckning landstingens patientnämnder behandlat tandvårdsfrågor och vilka problem som därvid uppmärksammats, har utredningen gjort en enkät hos landets patientnämnder. Resultatet visar att klagomål och missnöje inom tandvården påfallande ofta handlar om ekonomiska frågor. Utredningen anser att patientnämndernas verksamhet bör utökas till att omfatta all tandvård som finansieras av landstingen. Utredningen anser inte att verksamheten skall omfatta även övrig tandvård. För den privata tandvården finns förtroendenämnder i privattandläkarföreningarnas regi. När det gäller tandvårdsersättning finns en formell besvärsmöjlighet enligt lagen om allmän försäkring och Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) tar emot klagomål på personal inom tandvården. Utredningen anser inte att det skulle förbättra patienternas möjligheter att få stöd och hjälp om det tillkom ytterligare en instans att vända sig till.

Det konstateras att det i flera avseenden finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukdomsförekomst och tandvårdsutnyttjande. Utredningen har emellertid inte funnit att vare sig tandvårdsförsäkringen eller de stödformer som administreras av landstingen missgynnar ettdera könet utom i ett avseende. När det gäller ett väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder inom tandvårdsförsäkringens ram finns vissa sjukdomar som är starkt könsrelaterade, t.ex. reumatoida sjukdomar och ätstörningar. För båda dessa grupper är det inte sällan aktuellt med tandvård i form av omfattande protetiska ersättningar till höga kostnader. Den extra subventionen inom tandvårdsförsäkringen för sådana åtgärder består i att karensbeloppet på 3 500 kronor inte frånräknas tandvårdsersättningen. Oavsett kostnaderna för de protetiska åtgärderna är således det extra stödet maximerat till detta belopp.

Utredningen föreslår att all tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder skall betalas med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård, dvs. med högst 900 kronor per tolv månadersperiod. Förslaget innebär att kvinnor inte längre

kommer att missgynnas när det gäller det ekonomiska stödet för tandvård.

Utredningen föreslår att det inrättas ett kreditgarantisystem. Påfallande många människor avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Flera undersökningar har visat på ett övertygande samband mellan svag ekonomi och att avstå från tandvård. På längre sikt kan tandhälsan allvarligt försämrats så att omfattande och kostnadskrävande protetiska rekonstruktioner blir nödvändiga.

Utredningen anser att ingen skall behöva avstå från behandling på grund av ekonomiska skäl. Trots de förbättringar som gjorts inom socialtjänsten och som föreslås komma i tandvårdsförsäkringen och trots de kreditmöjligheter som redan idag finns inom tandvården, kommer det fortfarande att finnas ekonomiska hinder hos en stor grupp personer att få den tandvård som behövs för att långsiktigt få och upprätthålla en god tandhälsa. Utredningen anser därför att det skall inrättas en statlig kreditgaranti för tandvård. Det har dock inte varit möjligt att inom utredningens ram i detalj klargöra frågorna kring en statlig kredit för tandvård och utredningen föreslår att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarnas organisationer utarbeta ett förslag till kreditgarantisystem.

Kostnadsutvecklingen

Utredningen har även i uppdrag att analysera utvecklingen av priserna för tandvård och göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i ett femårsperspektiv. Utredningens analys och ställningstagande avseende kostnadsutvecklingen inom tandvården återfinns i kapitel 8.

Utredningen anser att de fortsatta prishöjningarna inom tandvården är mycket oroande. Den genomsnittliga prisökning som skett inom folktandvården i landet mellan åren 1998 och 2002 uppgick till cirka 40 procent och de privata vårdgivarna har följt prisökningarna i respektive landsting men ligger generellt på en något högre nivå. Den genomsnittliga prisökningen inom folktandvården i landet mellan januari år 2001 och januari år 2002 till 8,4 procent. Det finns således ingen tendens till att prisökningstakten minskar.

Alla vårdgivare har ett stort ansvar för att rationalisera och effektivisera sin verksamhet så att prishöjningarna dämpas i fram-

tiden. Fortsätter dessa i samma takt som hittills, kan utbyggnaden av bl.a. högkostnadsskyddet för protetik till att omfatta alla åldersgrupper äventyras. Konstruktionen av stödet med hundra procentig tandvårdsersättning för arvoden överstigande 7 700 kronor gör att vårdgivarnas prisökningar fullt ut påverkar statens kostnader för försäkringen. Trots att såväl regeringen som riksdagen avvisat utredningens tidigare förslag om prisreglering anser utredningen fortfarande att det är orimligt med en helt fri prissättning när staten eller landstingen betalar hela kostnaden. Varken vårdgivare eller patient har något intresse av att begränsa kostnaderna. All erfarenhet talar för att omfattande tredjepartsfinansiering leder till kostnadsökningar.

Uppföljning

I kapitel 9 konstateras att det finns ett stort behov av att förbättra det statistiska material som behövs för att följa upp tandvården både vad gäller tandvårdsstödet effektivitet och de personella resurserna. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat ett förslag.

Utredningen anser inte att de båda myndigheternas förslag utan vidare bör genomföras, bl.a. därför att de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för de uppgiftslämnande vårdgivarna inte är klarlagt. Utredningen ifrågasätter också om inte flera av de önskade uppgifterna med tillräcklig tillförlitlighet kan insamlas på enklare sätt än vad som föreslagits. Utredningen anser därför att regeringen bör bereda frågan ytterligare innan författningsändringar genomförs.

Summary

Introduction

In September 2000 the Government took a decision to appoint a committee to carry out a comprehensive evaluation of the reform of the system of dental care subsidies that entered into force on 1 January 1999. Where necessary the committee was to present proposals for changes leading to a more efficient system and improved chances of fulfilling the aims of the reform.

The committee, which was given the name *the Dental Service Review Committee 2000*, submitted an interim report *A Better Dental Insurance System for the Elderly* (Swedish Government Official Reports 2001:36) on 4 April 2001, in which enhanced protection against high dental costs for the elderly was presented. The interim report also contains an analysis of price development since the introduction of the reform and the committee's assessment of cost trends in the next five years.

This present report, which is the committee's final report, discusses matters concerning the future organisation of dental care and the long-term focus and scope of the system of dental care subsidies. Based on an analysis of the present situation and forecasts of future developments in dental health and the need for treatment in different age groups as well as supply and demand for dental personnel with different types of skills and qualifications, the committee presents its views regarding the organisation and development of the future dental service.

All in all, the committee's proposals aim to increase the availability of dental care to all, to secure a supply of qualified personnel throughout the country that meet the demands that will be made on dental personnel in the future, and to promote efficiency and cooperation in the dental health service.

Background

General dental insurance with the aim of making dental care financially accessible to all citizens was introduced in Sweden in 1974. The insurance covered all types of treatment and the subsidies covered all measures. Thanks to the fact that investments were made at the same time in preventive care, the Swedish people's oral health steadily improved over the following decades. However, a decline in government finances made it necessary to modify government subsidies to adult dental care and the dental insurance system increasingly focused on granting support to expensive treatments for a small proportion of the population and the demand for regular primary dental care declined.

A new aim and direction for dental care subsidies was announced in the dental care bill 1997/98:112 and the Government in power at the time established that the dental insurance system should focus on promoting the dental health of the whole population. In addition, it was considered most important to give priority to certain groups of elderly, unwell and disabled people and, the cost ceiling permitting, patients with high dental costs.

The reformed system of dental care subsidies, which entered into force on 1 January 1999, aimed to provide all adults with improved financial support for primary dental care and to give better financial support to groups in health care and social services. Support to these groups is divided into two parts, on the one hand support for dental care included in the dental insurance which is administered by the social insurance offices, on the other hand, support for dental care administered by the county councils.

Subsidies that come under the responsibility of the county councils are considered to function fairly well. The reform has meant essential improvements for several groups in health care and social services and it has been possible to help a considerable number of people with a major neglected need of dental treatment. The part administered by the social insurance offices intended for patients who, due to chronic illness or disability, have a considerably greater need of dental care has been criticised, *inter alia*, for being complicated and not benefiting patients to the extent intended.

The National Social Insurance Board has been instructed by the Government to follow the development of the new dental insurance system. The Board establishes that there has been a shift

towards primary dental care in accordance with the aim of the reform but price trends in the dental service sector have been so strong since the reform entered into force – between 30 and 40 per cent – that insurance benefits have been generally undermined.

In its bill *A Better Dental Insurance System for the Elderly* (bill 2001/02:51), the Government presented a proposal for high-cost protection for prosthetics which will apply as from the calendar year in which a person reaches 65. 100 per cent of the charge above SEK 7 700 will be covered. The cost of some material must be paid. The care provider's claims and the treatment recommended will be subject to examination by the social insurance office. The Government also presented proposals for better protection of the elderly regarding primary dental care. The proposals, which have been approved by the Swedish Riksdag, enter into force on 1 July 2002.

Trends

Chapter 2 reports on topical issues relating to dental care such as, among other things, the demand for dental services and supply of personnel in relation to population development and developments in the health services as well as other social trends relevant to dental care.

Sweden's demographic structure will undergo powerful changes in the next few decades. The greatest change over time is the major increase in the number of elderly. Longer average life expectancy in the population means increased consumption of health services, including dental care, and the resource needs of the health service are expected to increase by 10–15 per cent by the year 2020.

At the same time, the working-age population will decline which will affect economic developments and the chances of financing increased health care costs. This calls for efficient use of resources and a careful analysis of the effect that the altered age composition of the population, increased knowledge of the dental care situation of chronically ill and disabled people and also extensive immigration to Sweden will have on future demand for dental services and possibly also on the system of dental care subsidies.

Future dental care must be planned on the basis of the population's need of dental care and be offered to all citizens on equal terms. Repeated epidemiological surveys provide a relatively

safe basis for an assessment of future dental health development. In the last few decades the oral health of the population has steadily improved and this applies particularly to children and young people. However, there are major regional differences and there are differences in dental health between children of Swedish parents and children of immigrant parents. The incidence of caries among the latter is much higher.

Epidemiological surveys show that there has also been a marked improvement among the adult population but here too there are differences between different parts of the country. Thus, dental health in the population has improved considerably in the last 25 years but considerable differences related to socio-economic conditions remain. There is also a social imbalance as regards utilisation of dental services and it is primarily in the lowest income brackets that visits to the dentist have declined in recent years.

According to the 1999 survey on household incomes, HINK, carried out by Statistics Sweden, almost 15 per cent, which is equivalent to a million people, stated that they had wholly or partly denied themselves dental care because of the expense. Since it is mainly people with low incomes that sacrifice dental care, there is reason to pay particular attention to risks to vulnerable groups in connection with changes to the system of charges. Although increases in charges are not particularly large they may have noticeable effects in the lower income levels.

Just as it may be assumed that higher charges may cause people to refrain from using dental services, there are equally good grounds for assuming that a considerably larger subsidy component to patients may lead to an increase in demand. The survey considers it probable that the high-cost protection for all prosthetics, for example crowns, bridges, implants, for the age group 65 and over will mean an increase in consumption of dental services. With the current scarce staff resources in dental care outside metropolitan areas, it may prove difficult to meet large increases in demand.

There are several important factors that affect the development of and need for dental services today and in the future. The rapid development of information technology has had an impact on and developed most public services. IT also means dental technology is changing. The potential of teleodontology both regarding clinical service and staff training is enormous and the Internet also offers the possibility of international knowledge networks.

New technology and knowledge that contribute to simplifications also bring with them a continuous need to reorganise work and to review the division of work between the different professional categories in dentistry. The challenge in the next few years will be to bring about a more efficient mixture of skills and increased cooperation between professional groups so that the real skills of all professions can be better utilised.

All in all, developments mean that in future public resources must be better coordinated and prioritised than is the case today if they are to be sufficient for everyone since economic resources are finite and shortage of personnel will probably be a limiting factor as well.

However, the committee is convinced that a reformed organisation and personnel structure and a change in working methods can increase the availability of dental care to patients.

Objectives and principles

Chapter 3 deals with objectives and principles for the dental service and public financial support to it, and it also deals with organisational changes in the dental service and with the scope and content of dental training.

Under the Dental Services Act (1985:125) the overall objectives for the dental service are good oral health and dental care for the whole population on equal terms. The reformed dental subsidies system introduced in Sweden in 1999 meant that the dental insurance system was given a clearer health focus through increased investment in primary dental care. Future dental subsidies should also have a clear public health profile and be formulated so as to stimulate patients to take greater responsibility for their own oral health.

The committee considers it essential to ensure that those in greatest need of dental care are given precedence and that people in need of treatment need not go without it for financial reasons. Regarding dental care in connection with illness and disability, the committee considers that patients with a considerably greater need of dental care due to illness or disability should not have increased dental expenses as a result and that a uniform allowance system is needed for all dental care connected with illness or disability.

The committee considers that certain adjustments and improvements to the current dental subsidy system are necessary. This applies, for example, to improvement of the system of subsidies to primary dental measures and high-cost protection also needs to be improved so that all adults can obtain extensive dental care at a reasonable cost. It is also important to take advantage of the gains in oral health achieved through organised dental care for children and young people and to improve the situation in connection with the transition between free dental care for children and young people and adult dental care which is subject to a charge.

Regarding economic support the committee presents proposals for in principle gradually extending dental subsidies when resources so permit. To be able to carry out the committee's broad proposals for improvements, not only will financial resources be needed but also an even distribution of the available resources across the country.

Regarding the educational system, the objectives and principles emphasised by the committee are that, after completing basic training, all dental personnel shall be capable of providing high-quality treatment and that their basic training furnishes the preconditions for continued lifelong learning. Training programmes for dental personnel shall be dimensioned with a view to meeting demand in Sweden. The committee generally considers that no training programme should extend beyond what is necessary to meet the qualification requirements demanded by the labour market. Nor should education programmes imply a dead-end but should lead to continued studies in the dentistry sphere or other university studies.

The structure of the dental service

Chapter 4 sheds light on future access to dental personnel with different types of qualifications. The possibilities are discussed of guaranteeing access to qualified dental personnel all over the country and also of promoting efficient working methods and effective cooperation in the dental sector. The distribution of work among the various professional groups in dental services is also discussed.

The call for qualified personnel is affected by changes taking place in the world. Swedish health and medical services face major challenges and the same influencing factors that operate in those services also operate in the dental service. Several forces for a positive development are reported in the chapter and also counter forces.

The population trend towards a higher proportion of elderly people who retain their own teeth with an increasing need of oral health and oral comfort will contribute to a strongly increased demand for service. A continued favourable economic development will probably also mean more and more people can have access to highly specialised dental care, which in the long term will sustain a continued strong demand for dental services. However, there are several exacerbating factors as regards access to dental care. Dental resources are already unevenly distributed over the country as it is.

The major challenge to the Swedish dental service is probably supply of personnel. The chances are that the number of practising dentists will decline slightly in the next ten years at the same time as the demand for dental care in all likelihood increases. Supplementary teams that work around the patient, each member able to use his/her full skills is one way of managing the Swedish dental service so that the population will continue to have access to good dental care focusing on enhanced oral health, which are some of the dental service requirements set out in the Dental Services Act.

Dental training

Chapter five discusses the need for reformed dental training and the future need of specialist dentists will be reviewed. The role in the dental service of dental hygienists, dental nurses and dental technicians is discussed and the need for training for these professional groups.

In several contexts the committee stresses that future dental care will increasingly focus on treatment of the elderly and ill and disabled people. The committee considers this to be a task for the majority of practising dentists, dental hygienists and dental nurses. Training programmes for this sphere of activities must therefore be extended in all dental training, including specialist programmes.

Dentist training:

In recent years criticism has been expressed that newly qualified dentists do not have adequate training in clinical skills. This applies mainly to the objectives; to be able to cooperate with other personnel in dental care, to have training in the dentist's role as leader of the dental team and to have acquired an economically efficient approach in terms of health and care. The introduction of compulsory on-the-job training for dentists following basic training has therefore been discussed.

The committee proposes that two months' continuous extramural clinical training be introduced within the framework of basic training for dentists. The aim should be to acquire training in a dental care team in real conditions and an economically efficient approach before obtaining a professional qualification as a dentist. To promote a better distribution of dentists across the country, the committee recommends that basic education to qualify as a dentist be extended by 20 places and that these be based at Umeå University.

Regarding specialist training the committee proposes that a provision be introduced into the Dental Services Act clearly defining the county councils' responsibility for specialist training programmes.

A national dental nurse's training programme:

The dental nursing profession is changing. The work previously mainly consisted of lending assistance, but developments are now moving towards a broader range of duties. Work is delegated to many dental nurses and they have advanced assignments based on the real skills they possess. The dental nurses' trade union organisations have expressed a desire for a professional qualification for dental nurses.

The committee has stated in many contexts that there is a need for competent dental nurses in the dental service. According to the committee's prognoses, more than 3 000 dental nurses will retire up to 2011. Since in principle there is no formal training for this group, it will not be possible to replace them.

The committee proposes that a training course for dental nurses be established in local authority administered adult education qualifying the student for further studies at university level.

A training programme for dental hygienists with the possibility of supplementary advanced courses:

The dental hygienist's profession has radically changed since it was established in Sweden in the 1960s. At that time dental hygienists were mainly occupied with non-surgical treatment of periodontoclasia diseases. Today their role is considerably broader and includes additional assignments. It is chiefly in dental care for children and young people that there has been a broadening of work and a similar development is on the way in dental care for the elderly.

The committee is of the view that basic training for dental hygienists should continue to comprise 80 credits. In addition different types of advanced courses should be available. These may be of varying length depending on their focus but they should be at university level. In the committee's view, further training for dental hygienists should primarily be the responsibility of the employer.

Organisational changes that are necessary if greater efficiency in the dental service is to be achieved are discussed in several contexts. The dental hygienist plays a key role here provided that the dentist allows the dental hygienist to work on the basis of his/her full skills. Unfortunately many dental hygienists are not given the opportunity today to tackle the comprehensive assignments for which they are formally qualified.

Through basic training and the opportunity for deeper studies through advanced courses, the committee considers dental hygienists will be given the same development opportunities as dental practitioners. In a future organisation, a model of this type could be developed to the benefit of both the individual and the employer who on the basis of diversified operations will be able to adapt the cutting-edge skills needed in dental hygiene.

As far as dental technicians are concerned, the committee considers the number of places in training courses for dental technicians is adequate to provide Swedish dental laboratories with personnel. Additional personnel in the form of newly qualified

dental technicians cover forecasted depletion through retirement up to 2011.

Economic subsidies to dental care

Chapter 6 discusses economic subsidies to the dental service.

The starting-point for the design and extension of future subsidies to the dental service should be that support is given in the first instance to primary dental care which is necessary in order to achieve and maintain good oral health and to prevent the occurrence of major damage in the future. In addition, there should be high-cost protection so that those who are in need of extensive prosthetic dentistry in the form of crowns, bridges and implants can afford the treatment required. The committee also proposes substantially improved subsidies to dental care related to illnesses or disabilities.

Dental care in connection with illness or disability

The committee recommends that all dental care that is a consequence of a substantially increased need due to illness or disability be brought together in one and the same system of benefits and in the committee's estimation the county councils should be responsible for all such dental service and it should be financed by the same level of charges as in the case of open health and medical services. The special rules in the dental insurance system that apply to people with a persistent and essentially increased need of dental care due to chronic illness and disability can thereby be abolished.

The committee also recommends that surgical treatment of infection in the case of periodontal illness and the appurtenant cleaning of root surfaces be included in the county councils' area of responsibility and charge system.

The proposal represents a considerable improvement in financial support to patients who have a persistent and essentially increased need of dental care due to chronic illness or disability. This applies particularly if prosthetic measures are needed. A change of this nature probably means that considerably more such measures will be performed than previously resulting in increased costs. It is

therefore essential that, in connection with their assessments of recommendations for treatment and costs, the county councils see to it that only treatment caused by an essentially increased need due to illness or disability may be charged at health and medical service rates.

Regarding the county councils' responsibility for outreach activities and dental care necessary for patients with special needs, the committee recommends, *inter alia*, that Section 8a of the Dental Services Act be clarified so that it is evident that it is the individual need for treatment and care that entitles patients to free outreach activities and the necessary treatment at the same level of charges as for open health and medical services.

In spite of considerable information campaigns on the part of the county councils concerning application of the Dental Services Act and Dental Services Ordinance, differences between the rules and regulations of the different county councils are so great that the National Board of Health and Welfare considers there is legal uncertainty. And many county councils have requested clearer directions.

The committee considers complete up-to-date information should be available regarding what should be included in outreach activities and necessary dental care for residents of nursing homes. Legal certainty will thereby increase and the county councils' desire for clearer directions accommodated.

Young adults

The committee proposes that people leaving the free dental service for children and young people be given a voucher valid as part payment for a dental subscription with an optional dentist or dental hygienist or for individual dental care procedures. The voucher should be distributed with information from the social insurance office at the beginning of the year the individual reaches 20. The voucher should be worth SEK 600 largely to cover the cost of an examination and a minor preventive measure.

The main reason for the committee's proposal is that young adults are a financially weak group. Many have no income because they are continuing their studies and unemployment is relatively high among young people. The committee also wants to create a system to make the transition easier from organised free dental

care for children and young people to adult dental care. The system should on the one hand reduce costs for young adults in the first years after they are no longer entitled to free care and, on the other, promote continued regular contacts with the dental service.

Primary dental care

To reinforce the focus of dental insurance on primary dental care the committee proposes that

- The benefit for examination and preventive measures and for pulp surgery be adjusted upwards.
- A benefit for examination procedures for the age group 30–64 be introduced.
- The benefit for preventive measures be raised for all to one and a half base amounts.
- The benefit for pulp surgery procedures be raised for all to one and a half base amounts.
- Acrylic splints be included in primary dental care.

One of the problems the committee wants to try to solve is ensuring that no one will need to forgo regular visits to the dentist because of the cost. The longer a relationship between care provider and patient, the more favourable are the effects. It is of the utmost importance that patients do not need to delay treatment for so long that the damage has become irreparable and teeth have to be extracted or extensive repair work involving crowns, bridges and implants has to be performed.

The committee considers that the dental benefit payable for everyday dental care designed to promote health is important in a long-term perspective both for the individual purely in terms of costs and dental health and for the Swedish economy through lower costs for the dental service.

Extended high-cost protection for prosthetics

The committee considers high-cost protection should be introduced for all who are in need of major prosthetic treatment aged 20 and above as soon as government finances and dental service resources so permit.

In its interim report the committee has already stated it to be desirable that all people with high dental costs should enjoy the increased support recommended for elderly patients. The reason why it was not proposed that this support should apply generally was that this could not be accommodated within the then available cost framework.

The decision by the Swedish Riksdag to introduce high-cost protection for all prosthetics such as crowns, bridges and implants for the age group 65 and above, where the cost for permanent prosthetic replacements, excluding the cost of material, and primary dental care during a course of treatment amounts to SEK 7 700, may be seen as a first step towards putting dental care on a par with other health care. Since this support will probably require extensive resources a careful evaluation of the effects should be carried out. The evaluation must include both cost trends for the insurance and how this benefit system will affect the behaviour of the care providers and the patients. The necessary changes can then be made before these subsidies are introduced.

Patients' security

Chapter 7 discusses patients' rights in dental care and the activities of the regional patients' committees. The dental insurance system is analysed from a gender equality perspective and the possibility of introducing a dental credit system is discussed.

To find out to what extent the county councils' patients' committees deal with dental matters and what problems have been given attention in this context, the committee carried out a poll among the country's patients' committees. The results show that complaints and dissatisfaction with dental care very often concern financial matters. The committee considers the activities of the regional patients' committees should be extended to comprise all dental care financed by county councils. The committee does not consider these activities should cover other dental sectors also. As far as private dental care is concerned there are supervisory boards under the auspices of the private dentists' associations. Regarding dental benefits there is the possibility of formal appeal under the National Insurance Act, and the National Board of Health and Welfare and the Medical Responsibility Board (HSAN) receive complaints against dental personnel. The committee does not think

it would improve the patients' possibilities of receiving support and assistance if there were yet another institution to apply to.

Chapter 7 also contains an analysis of subsidies to the dental service from a gender equality perspective. It is established that in several respects there are differences between women and men as regards the incidence of disease and utilisation of the dental service. However, the committee has found that neither the dental insurance system nor the forms of support administered by the county councils treat either of the sexes unfairly except in one respect. Regarding a substantially increased need of dental care as a result of chronic illness or disability within the framework of the dental insurance system, certain illnesses are strongly gender-related, for example rheumatoid complaints and eating disorders. For both these groups there is often a need for dental care in the form of extensive prosthetic replacements at high cost. The qualifying amount before benefit may be claimed, which is SEK 3 500, is not deducted from the dental benefit and this is the extra subsidy in the dental insurance system for such measures. Thus, no matter what the costs of the prosthetic measures, the extra support is maximised to this amount.

The committee recommends that charges be paid for all dental care relating to illness or disability on the same basis as for open health and medical services, that is to say not more than SEK 900 per twelve-month period. The proposal means that women will no longer be unfairly treated as regards financial support for dental care.

The committee proposes a credit guarantee system be introduced. A considerable number of people forgo dental care for financial reasons. Several investigations have shown a convincing connection between poor finances and forgoing dental treatment. In the long term oral health can seriously deteriorate so that extensive and expensive prosthetic reconstructions will be necessary.

The committee is of the view that no one should need to forgo treatment for financial reasons. In spite of the improvements made in social services and which are proposed for the dental insurance system and in spite of the credit possibilities that are already available today in the dental service, there will still be financial obstacles for a large group of people to receiving the dental care needed in order to attain and maintain good oral health in the long term. The committee therefore considers a state credit guarantee

system for dental health should be introduced. However, it has not been possible within the remit of the committee to clarify in detail matters concerning state credit for dental care and the committee proposes that the Government instruct the National Social Insurance Board to draw up, in consultation with the care providers' organisations, a proposal for a credit guarantee system.

Cost trend

The committee was also instructed to analyse price trends for dental care and make an assessment of future cost development in the next five years. The committee's analysis and standpoint regarding cost trends in dental care are included in Chapter 8.

The committee considers that continuing price increases in dental care are of great concern. The average price increase in the National Dental Service in this country between 1998 and 2002 amounted to about 40 per cent and private care providers have followed the price increases in the respective county council although their prices are generally at a higher level. The average price increase in the National Dental Service between January 2001 and January 2002 was 8.4 per cent. Thus, there is no sign of a decline in the rate of price increases.

All care providers have a major responsibility to rationalise and make their operations effective so that price rises are restrained in future. If they continue to rise at the same rate as up to now, among other things the extension of the high-cost protection for prosthetics to include all age groups will be in jeopardy. The design of support in the form of one hundred per cent allowance for fees in excess of SEK 7 700 means that the care providers' price increases have full effect on state costs for the insurance. Although both the Government and the Riksdag have previously rejected proposals for price regulation, the committee still considers totally free pricing is unreasonable when the state or the county councils pay the full cost. It is not in the interest of either the care provider or the patient to limit costs. Experience tells us that extensive third-part financing leads to cost increases.

Follow-up

It is established in Chapter 9 that there is a great need to improve the statistical material required to follow up dental care regarding both the efficiency of subsidies to dental care and personnel resources. At the request of the Government, the National Social Insurance Board and the National Board of Health and Welfare have drawn up a proposal.

The committee does not consider the recommendations of the two authorities should be carried out without further ado, *inter alia* because the administrative and economic consequences for the care providers who submit the information are not yet clear. The committee also questions whether some of the information desired could not be reliably collected in a simpler way than that proposed. The committee therefore considers that the Government should further discuss the matter before statutory amendments are carried out.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Härigenom föreskrivs att 3. 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,

2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt

3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting *eller som betalas av landsting.*

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900).

Denna lag träder i kraft den

2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 8 a §, 14 § och 15 b § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 a §

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller
2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
4. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.

Landstinget skall också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som *har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som*

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller
2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
4. har motsvarande behov av vård *eller omsorg* som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.

Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid *eller som har ett väsentligt ökat behov av tandvårdsinsatser i samband med sjukdom eller funktionshinder*.

14 §

I landstingen skall finnas möjligheter till anställning för tandläkares specialiseringstjänstgöring enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens. Landstingen skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Tandläkare under specialistutbildning enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall förordnas för viss tid.

Tandläkare under specialistutbildning enligt nämnda lag skall förordnas för viss tid.

Tandläkare i vars arbetsuppgifter det ingår att i väsentlig omfattning medverka i den grundläggande högskoleutbildningen för tandläkarexamen, skall anställas för begränsad tid, om regeringen fastställer det. (Lag (1998:539).

15 b §

Forskning

Landstingen skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av, på tandvårdens område, kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Denna lag träder i kraft den

1 Bakgrund

1.1 Den allmänna tandvårdsförsäkringen

I Sverige infördes år 1974 en allmän tandvårdsförsäkring som syftade till att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. En tandvårdstaxa reglerade arvoden för angivna åtgärder. Tack vare utbyggnad av barn- och ungdomstandvården och samtidig satsning på förebyggande vård förbättrades svenska folkets tandhälsa stadigt under de kommande decennierna. Svenska barn och ungdomar har i dag bland de friskaste tänderna i världen och även den vuxna befolkningens tandhälsa har stadigt förbättrats.

Den väsentligt förbättrade tandhälsan i befolkningen i kombination med statens växande kostnader för tandvårdsförsäkringen gjorde det emellertid så småningom nödvändigt att förändra det statliga stödet till vuxentandvården. Dessförinnan hade tandvårdsförsäkringen kraftigt urholkats och de ekonomiska villkoren för patienterna försämrats till följd av försvagade statsfinanser. Exempelvis infördes en självrisk som med åren blev allt större. Det ledde till att allt färre fick stöd för sin tandvård och tandvårdsförsäkringen kom i stället alltmer att inriktas på att ge stöd till dyrbara behandlingar till en liten del av befolkningen. Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen i syfte att förändra tandvårdsstödet.

År 1994 överlämnade den dåvarande regeringen en proposition till riksdagen om riktlinjer för ett nytt ersättningssystem för vuxentandvård. Riktlinjerna innebar att ersättning för vuxen-

tandvård skulle kunna lämnas enligt två parallella system, dels ett system med premietandvård, dels ett system med tandvård enligt åtgärdstaxa. Riktlinjerna godkändes av riksdagen (prop. 1993/94:93), men efter kritik från bl.a. lagrådet upphävde riksdagen det beslutet (prop. 1993/94:221). Två år senare återkom regeringen med ett förslag till lagreglering av premietandvård (prop. 1995/96:119) men förslaget återkallades eftersom det inte hade tillräckligt stöd i riksdagen.

År 1997 tillsattes en utredning med syfte dels att ge tandvårdsförsäkringen en mer tandhälsorienterad utformning, dels att införa ett bättre ekonomisk stöd till vuxna som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. Målen för den nya inriktningen var bl.a. att ge patienten överkomliga tandvårdskostnader över tid och att på sikt samordna avgiftsreglerna för öppen sjukvård och tandvård. I direktiven betonades att det nya stödet skulle ha en tydlig folkhälsoprofil och vara utformat så att det stimulerade till ökat ansvarstagande från patienternas sida för sin tandhälsa i avsikt att tandvårdsbehovet på sikt skall minska och därmed även kostnaderna för den enskilde och för samhället. Utredningens förslag redovisades i betänkandet *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2).

I propositionen (1997/98:112) *Reformerat tandvårdsstöd* framhålls att försäkringen i första hand ska ha en inriktning som främjar hela befolkningens tandhälsa. Därutöver ansågs det viktigaste vara att prioritera vissa grupper äldre, sjuka och funktionshindrade och, om kostnadsramen medgav, patienter med höga behandlingskostnader. I propositionen framhålls att nästan alla europeiska länder har valt att ekonomiskt stödja bastandvård och att WHO:s riktlinjer innebär satsning på förebyggande vård.

Det reformerade tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 januari 1999.

1.2 Det reformerade tandvårdsstödet

Tandvårdsstödet syftar till att bidra till en förbättrad tandhälsa bland befolkningen. Det ger alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den s.k. bastandvården och ett bättre ekonomiskt stöd till grupper inom vården och omsorgen. För mer omfattande och kostnadskrävande behandlingar med kronor, broar och avtagbara proteser samt vid tandreglering finns ett särskilt högkostnads-skydd. Med reformen infördes även möjligheten att erbjuda abonnemangstandvård som innebär att patienten kan teckna ett avtal för bastandvård med fast patientavgift och med en fast ersättning till vårdgivaren från försäkringskassan. Vidare innebar reformen att den statliga regleringen av arvoden för tandvårdstjänster avskaffades och etableringskontrollen för tandläkare upphörde.

Stödet för vuxna är uppdelat i två delar, dels stödet för den tandvård som ingår i tandvårdsförsäkringen och som administreras av försäkringskassorna, dels stödet för den tandvård som administreras av landstingen.

1.2.1 Landstingens ansvar

Landstingen ansvarar för tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade med stort omsorgsbehov, till personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling och till personer som behöver viss oralkirurgi. Landstingen ansvarar också för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Verksamheten kan bedrivas antingen av folktandvården eller av privat vårdgivare.

Landstingens ansvar omfattar bl.a. att se till att äldre och funktionshindrade personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad eller får hemsjukvård erbjuds uppsökande vård som bl.a. omfattar en avgiftsfri munhälsobedömning och individuell rådgivning. För nödvändiga behandlingsinsatser betalar patienten samma avgift som gäller inom den

öppna hälso- och sjukvården, dvs. som mest 900 kronor under en tolv månadersperiod. Även för personer som har behov av särskilda behandlingsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid och för oralkirurgi som kräver sjukhusresurser gäller samma avgiftsbestämmelser som för öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården. I tandvårdsförordningen (1998:1338) finns de patientgrupper beskrivna, som omfattas av denna stödform.

1.2.2 Tandvårdsstödet inom försäkringen

Stödet till vuxentandvården inom den allmänna försäkringen är inriktat på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, s.k. bastandvård, och ett visst stöd för protetiska åtgärder.

Stödet för bastandvård innebär att tandvårdsersättning lämnas för i princip all tandvård, med undantag av protetiska åtgärder, med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd. Ersättningen motsvarar 30 procent av de högsta arvoden som enligt den tidigare gällande tandvårdstaxan (1973:638) fick tas ut år 1998. Ersättningen benämns grundbelopp. Ingen ersättning utbetalas för amalgamfyllningar. För personer i åldrarna över 29 år ersätts inte undersökningskostnaden.

I försäkringen finns också ett särskilt högkostnadsskydd för protetik och tandreglering. Ersättningsbeloppet motsvarar 60 procent av 1998 års taxa. Från detta ersättningsbelopp dras ett karensbelopp om 3 500 kronor. Den 1 januari 2001 slopades karensbeloppet för hela proteser och för s.k. rebasering och komplicerad lagning av hela proteser och andra avtagbara proteser. Den 1 april 2002 slopades karensbeloppet även för partiella proteser.

Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov får ersättning för det ökade behovet av bastandvård motsvarande 60 procent av 1998 års taxa. Dessa personer skall inte heller betala ett karensbelopp

för protetik och tandreglering. Stödformen är en förhandsprövad förmån. Det innebär att tandvårdsersättning utgår först efter godkänd förhandsprövning hos försäkringskassan.

Den lagliga grunden för tandvårdsförsäkringen finns i 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

1.2.3 Abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård är tandvård till en i förväg fastställd årlig avgift i syfte att främja en bättre tandhälsa och minska patientens tandvårdskostnader över tid. Sådana system finns inom många landsting och kallas för abonnemangstandvård, kontraktstandvård, avtalstandvård eller frisktandvård.

Abonnemangstandvården kan sägas bestå av två delar. Den ena är den odontologiska delen som syftar till att främja tandhälsa på individ- och gruppnivå genom att premiera regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder. Den andra är den ekonomiska delen som syftar till att långsiktigt minska tandvårdskostnaderna för individ och samhälle. Patienterna riskgruppsplaceras och betalar en årlig avgift för sin tandvård som varierar beroende på tandhälsa och vårdbehov. Vad som ingår i abonnemanget skiljer sig mellan olika vårdgivare. På en del håll ingår bara bastandvård medan andra har innefattat även protetik.

1.3 Utvecklingen efter tandvårdsreformen

Det reformerade tandvårdsstödet syftar till att främja tandhälsan bland befolkningen och prioriterar tandvård för äldre, sjuka och funktionshindrade. Reformen har inneburit väsentliga förbättringar för flera grupper inom vården och omsorgen och ett stort antal människor med stora och eftersatta behov av tandvård har kunnat få hjälp. Även stödet till förebyggande arbete för den övriga befolkningen har förbättrats och att det har skett en förskjutning mot bastandvård i enlighet med reformens syfte

visar bl.a. en rapport från Riksförsäkringsverket (RFV ANSER 2000:3).

Patientorganisationerna anser att stödet, som är avsett för patienter som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökat behov av tandvård, inte kommer patienterna tillgodo i den omfattning som var avsikten främst beroende på att formuleringen av förordningen är så restriktiv att endast ett fåtal patienter uppfyller kriterierna. Man befärar också att många som egentligen är berättigade till stödet drar sig för att söka eftersom det är förenat med en del kostnader för läkarintyg m.m. och risken för avslag är stor. Enligt Riksförsäkringsverket är en förklaring till att så få har sökt stödet att antalet personer med väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder var grovt överskattat.

Såväl landstingsstödet som stödet inom den allmänna försäkringen har kritiserats för att det finns alltför stora regionala skillnader i fråga om hur reglerna tillämpas och vilka resurser som står till förfogande för dessa patienter och att det förefaller vara svårt att avgränsa de grupper som har rätt till stöd.

Vad gäller abonnemangständerna inom försäkringen visar utvärderingar att abonnemangständer och liknande system i högre grad än åtgärdständer stödjer förebyggande tandvård och patienten motiveras att ta ett ökat eget ansvar för sin tandhälsa. Vidare stimuleras en långsiktig planering av vården och en personalsammansättning med hälsofrämjande inriktning. Nackdelarna är ett ökat ekonomiskt risktagande för vårdgivaren och att premierna kan bli så höga för vissa riskgrupper att abonnemangen inte blir intressanta.

Abonnemangständer syftar till att driva på utvecklingen mot en mer hälsofrämjande tandvård. Trots att abonnemangständer har funnits i tandvårdsförsäkringen sedan å 1999 är anslutningen förhållandevis liten. Med några undantag har de landsting som erbjuder abonnemang inte tecknat avtal med mer än några få procent av patienterna inom folktänderna.

1.3.1 Kostnadsutvecklingen

När det reformerade tandvårdsstödet trädde i kraft år 1999 avskaffades den statliga regleringen av arvoden för tandvård som tidigare funnits och det blev vårdgivarens, dvs. landstingens och de privata vårdgivarnas, ansvar att sätta priser på samtliga tandvårdstjänster, med den begränsningen enligt tandvårdslagen (1985:125) att ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.

Riksförsäkringsverket, som har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av den nya tandvårdsförsäkringen, har vid olika tillfällen sedan reformen infördes studerat folktandvårdens och privattandvårdens prislistor. Redan år 1999 kunde RFV konstatera att höjningen av priserna på tandvårdstjänster överstigit den allmänna prisutvecklingen (RFV REDOVISAR 1999:3) och ökningen har fortsatt under åren 2000 och 2001. Enligt Landstingsförbundet har den genomsnittliga prisökningen under perioden 1999–2002 varit cirka 40 procent inom folktandvården. Det innebär att försäkringsersättningarna generellt har urholkats av de prisökningar som skett sedan reformen trädde i kraft.

I flera riksdagsmotioner från perioden 1999–2000 uttrycktes en stark oro över att patienternas kostnad för tandvård hade ökat kraftigt trots ökade subventioner och det framfördes många krav både på högkostnadsskydd och på att tandvården på sikt skall inlemmas i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem och jämföras med annan hälso- och sjukvård.

1.3.2 Tandhälsans utveckling

Det är ännu svårt att bedöma vilka generella effekter tandvårdsreformen har haft på tandhälsoutvecklingen. Senare epidemiologiska undersökningar avseende tandhälsan visar dock att det skett en påtalig förbättring bland den vuxna befolkningen, men även om tandhälsan i stort har förbättrats så kvarstår stora

skillnader mellan olika delar av landet och mellan olika befolkningsgrupper.

Undersökningar av efterfrågan på tandvård tyder på att det finns en stor grupp människor som avstår från tandvård helt eller delvis av ekonomiska skäl och det finns risk för att detta på längre sikt påverkar tandhälsan negativt. Personer mellan 20 och 30 år avstår oftare än andra från att gå till tandläkaren av kostnadsskäl. Därför fick personer i åldrarna 20-29 år tandvårdsersättning även för undersökningar. Systemet har dock inte påverkat besöksfrekvensen i åldersgruppen i någon större omfattning utan det verkar krävas kraftfullare åtgärder för att underlätta övergången mellan den avgiftsfria barn- och ungdomständerna och vuxentänderna.

Andelen äldre ökar i befolkningen. Även om de äldres tandhälsa under de senaste årtiondena har blivit betydligt bättre och andelen som har egna tänder i behåll har ökat kraftigt så är det många äldre som behöver omfattande protetiska åtgärder. För dem kan kostnaderna bli mycket höga.

1.4 Utredningen Tandvårdsöversyn 2000

I september år 2000 beslutade Regeringen att tillsätta en utredning med uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och föreslå åtgärder för att i första hand förbättra stödet vid höga behandlingarkostnader för de äldre. Utredningen fick också i uppdrag att analysera prisutvecklingen för tandvård och bedöma den framtida kostnadsutvecklingen för tandvårdsersättningen. I ett vidare perspektiv skall utredningen föreslå förändringar som främjar effektivitet och samarbete inom tandvården och verkar för en god tandhälsa hos hela befolkningen. Vidare skall den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens belysas och utredningen skall föreslå åtgärder som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal och främjar effektivitet och samarbete (dir. 2000:65).

Utredningen, som har arbetat under benämningen *Utredningen Tandvårdsöversyn 2000*, överlämnade den 4 april år 2001 delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36). Där presenteras utredningens analys av prisutvecklingen och bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen samt förslag till ett förbättrat skydd mot höga behandlingskostnader för äldre.

1.4.1 Stödet till särskilda patientgrupper

Utredningen skall även se över bestämmelserna både gällande det särskilda stödet till äldre och funktionshindrade, varvid bl.a. begreppet nödvändig tandvård närmare skall belysas, och tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Utredningen skall särskilt analysera orsakerna till att så få personer har sökt förhöjd tandvårdsersättning på grund av väsentligt ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom och funktionshinder och bedöma om det finns skäl att ändra förutsättningarna för detta stöd.

Utredningen skall

- se över bestämmelserna avseende det särskilda stödet till äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer m.m. och överväga behov av ändringar,
- belysa begreppet nödvändig tandvård och vad som skall inrymmas i detta,
- se över bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och hur de tillämpas samt vid behov föreslå ändringar samt
- analysera orsakerna till att så få personer har sökt förhöjd tandvårdsersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom och funktionshinder och bedöma om det finns skäl att ändra förutsättningarna för stödet.

För att åstadkomma en enhetligare tillämpning av stödformerna tillsattes inom utredningen en särskild arbetsgrupp med uppgift att belysa frågor om uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Underlag för arbetsgruppens arbete har varit dels Socialstyrelsens rapporter från år 1998 om vilka diagnoser och behandlingar som bör omfattas av stödet till tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, dels den uppföljning som Socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet gjort av effekterna av den uppsökande tandvården för äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

1.5 Bättre tandvårdsstöd för äldre

I budgetpropositionen år 2001 föreslår regeringen en kraftig ökning av anslaget till tandvården. Sammanlagt innebär regeringens förslag att 700 miljoner kronor avsätts för förbättringar i tandvårdsstödet t.o.m. år 2003. Resurserna skall i första hand inriktas mot en förbättring av skyddet mot höga behandlingskostnader.

De förbättringar i tandvårdsstödet som nu skall göras bör i första hand riktas mot grupper med särskilda och omfattande tandvårdsbehov.

Tandvårdsutredningens synpunkter och förslag

I rapporten *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36) föreslog utredningen ett förbättrat stöd för bastandvård och protetik till dem som är 75 år och äldre som innebär att tandvårdsersättningen för förebyggande åtgärder, fyllningar, rotbehandlingar m.m. skulle fördubblas och ett kostnadstak på 7 000 kronor för kronor, broar och implantat införs. Enligt utredningens förslag skulle arvoden för fasta protetiska åtgärder

för denna patientgrupp regleras och fastställas i en särskild taxa. Åldersgränsen 75 år sattes utifrån då gällande ekonomiska ramar, men utredningen ansåg att åldersgränsen borde sänkas så snart samhällsekonomin tillät och förslaget utformades så att det skulle kunna utvidgas till att omfatta fler grupper med stora tandvårdsbehov om tandvårdsstödet i framtiden tillförs ytterligare resurser.

1.5.2 Remissinstanserna

Rapporten *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* remissbehandlades under våren 2001. Ett drygt femtiotal myndigheter, organisationer och enskilda har lämnat synpunkter.

De flesta remissinstanser anser att det bör vara vårdbehov och inte ålder som avgör om man är berättigad till det föreslagna högkostnadsskyddet. Dit hör exempelvis tandläkarorganisationerna, Sveriges tandhygienistförening, Konsumentverket och flertalet landsting, medan bl.a. pensionärsorganisationerna, Tandteknikerförbundet och en del landsting, i huvudsak är positiva till att man riktar särskilda insatser till de äldre och ser förslaget om ett högkostnadsskydd för protetik som ett viktigt komplement till satsningen på förebyggande arbete och bastandvård.

Socialstyrelsen med flera understryker vikten av att tandvårdsstödet även fortsättningsvis har en förebyggande och hälsofrämjande inriktning och att den förebyggande inriktning som tandvårdens verksamhet bygger på bibehålls och utvecklas. Tandläkarorganisationerna framhåller att bastandvård är grunden för tandhälsa och Sveriges folktandvårdsförening förespråkar ytterligare kraftfulla satsningar på abonnemangstandvård.

Förslaget om en prisreglering för den tandvård som omfattas av högkostnadsskyddet avvisas av samtliga tandvårdsorganisationer. Flera andra remissinstanser är visserligen negativa till en prisreglering men ser det som en logisk konsekvens av förslaget om högkostnadsskydd. Man varnar för att kombinationen av fri

prissättning och tredjepartsfinansiering riskerar att bli både kostnads- och värddrivande.

Riksförsäkringsverket välkomnar en prisreglering men är kritiskt till en fortsatt satsning på bastandvård. I stället förespråkar verket ett generellt högkostnadsskydd oberoende av ålder. Landstingsförbundet å sin sida varnar för att en prisreglering i kombination med ökad efterfrågan på protetik och mindre personal kan leda till att tandvårdens resurser inte kommer att räcka för annan angelägen tandvård som exempelvis uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre.

En skiljelinje går för övrigt mellan dem som anser att subventionerna av bastandvård för alla oavsett behov är för stora och dem som vill att stödet till bastandvården ytterligare förstärks eftersom man menar att det bidrar till att förbättra befolkningens tandhälsa på sikt. Riksförsäkringsverket tillhör dem som anser att målet att ge ekonomiskt stöd till alla vuxna för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården har uppnåtts, större delen av dagens stöd utbetalas för bastandvård. Men RFV vill i stället föra in ett bättre skydd mot höga tandvårdskostnader inom ramen för försäkringen.

1.5.3 Regeringens proposition 2001/02:51

I propositionen *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* (prop. 2001/02:51) föreslår regeringen ett högkostnadsskydd för protetik som gäller fr.o.m. det år då man fyller 65 år. Patienten skall inte behöva betala mer än 7 700 kronor under en behandlingsomgång. Kostnaderna för material tillkommer dock. Regeringen menar att ett sådant högkostnadsskydd för äldre bidrar till en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Åldersgränsens är satt till 65 år eftersom inkomsten minskar i samband med pensioneringen för de allra flesta och flertalet av dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder återfinns i denna åldersgrupp. På sikt vill regeringen införa ett högkostnadsskydd för hela den vuxna

befolkningen och förslaget om ett kostnadstak för protetik för äldre skall ses som ett steg i den riktningen.

Regeringen avvisar utredningens förslag om prisreglering för den tandvård som omfattas av högkostnadsskyddet och föreslår i stället att vårdgivarens ersättningsanspråk och behandlingsförslag skall förhandsprövas av försäkringskassan. För att möjliggöra nya administrativa lösningar föreslår regeringen en bestämmelse som gör det möjligt att föreskriva att en eller flera försäkringskassor skall handlägga alla ärenden av ett visst slag. Den 25 april 2002 beslutade regeringen att försäkringskassan i Skåne skall handlägga alla ärenden om tandvårdsersättning för personer som under året fyller minst 65 år.

Det är regeringens uppfattning att tandvårdsstödet även fortsättningsvis skall ha inriktningen att främja tandhälsan i befolkningen. Regeringen föreslår därför ett förbättrat stöd för bas-tandvård för dem som är 65 år och äldre. Förslaget innebär att tandvårdsersättningen höjs från nuvarande ett grundbelopp till ett och ett halvt för flertalet av de åtgärder som ingår i bas-tandvården i syfte att stimulera de äldre till regelbunden kontakt med tandvården. Dessutom införs tandvårdsersättning för undersökning med ett grundbelopp.

Slutligen är regeringen oroad över prisutvecklingen för tandvård och ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarna analysera utvecklingen. Det är framför allt kostnaderna för den enskilde och effekterna av högkostnadsskyddets utformning som skall uppmärksammas. Också Konsumentverket skall få i uppdrag att följa prisutvecklingen och Konkurrensverket skall analysera konkurrensen på marknaden för tandvård.

Förslagen beräknas rymmas inom ramen för de medel om sammanlagt 700 miljoner kronor som skall tillföras tandvården t.o.m. år 2003.

1.5.4 Riksdagsmotioner år 2001

Under den allmänna motionstiden år 2001 lämnades ett tjugofemtal motioner som handlade om tandvård och ytterligare fem lämnades med anledning av propositionen *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* (2001/02:51). Ett återkommande krav i motionerna är att tandvård skall jämföras med hälso- och sjukvård och subventioneras på samma sätt. Kraven på att tandvården antingen skall ha ett högkostnadsskydd liknande hälso- och sjukvårdens eller ingå i detta system återfinns hos alla partier men uppfattningen varierar om hur snabbt det bör ske.

Miljöpartiet vill gå fortast fram och föreslår en utredning med uppdrag att ta fram en plan för hur tandvården stegvis kan slussas in i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Centerpartiet betonar vikten av att först analysera de ekonomiska, organisatoriska och hälsorelaterade konsekvenserna av att inkludera tandvården i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Kristdemokraterna efterlyser en utredning som omfattar övergripande frågor kring dagens högkostnadsskydd för sjukvård, läkemedel och tandvård.

I en majoritet av motionerna förespråkas ett högkostnadsskydd för alla som är i behov av omfattande tandvård oavsett ålder, men samtidigt finns förståelse för att de förbättringar i tandvårdsstödet som nu föreslås främst riktas till de äldre eftersom tandvårdsbehovet i denna åldersgrupp bedöms vara avsevärt större än i de yngre åldrarna.

Ett återkommande krav är emellertid även att tandvårdsstödet skall ha en utformning som främjar tandhälsan och regeringen kritiseras för att inte satsa tillräckligt på förebyggande tandvård och för att stödet till basvård för äldre har sänkts från 2 grundbelopp till 1,5 jämfört med utredningens förslag.

Slutligen framhålls det att oavsett vilka förbättringar som föreslås för patienterna måste det finnas personal som kan utföra tandvården. Flera motionärer varnar för framtida tandläkarbrist och långa väntetider och efterlyser åtgärdsprogram för att långsiktigt säkra personalförsörjningen inom tandvården.

1.6 Personal- och utbildningsfrågor

1.6.1 Kompetensfördelning och utbildningsbehov i framtidens tandvård

Tandhälsoutvecklingen generellt, den ökande andelen äldre i befolkningen och den tekniska och medicinska utvecklingen ställer nya krav på tandvården som i sin tur leder till förändrade krav på utbildning och kompetens.

Utredningen *Tandvårdsöversyn 2000* har i uppdrag att föreslå åtgärder som bidrar till att över hela landet trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal som motsvarar de krav som kommer att ställas på tandvårdspersonal i framtiden. Förslagen skall främja effektiva arbetsformer och ett väl fungerande samarbete inom tandvården. Vidare skall utredningen bedöma framtida tillgång och efterfrågan på personal med olika slags kompetens inom tandvården och se över de olika yrkesgruppernas arbetsområden och utbildningsbehov. Utredningen skall också se över fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier och överväga möjligheten att uppnå större effektivitet genom en ändrad arbetsfördelning.

Trots att tandhälsan i befolkningen stadigt förbättrats de senaste årtiondena kommer behovet av tandvård att öka inom den närmaste framtiden. Förklaringen är att det har tillkommit nya patientgrupper med stora vårdbehov och att allt fler patienter blir allt äldre. Det reformerade tandvårdsstödet har också inneburit fler arbetsuppgifter för tandvårdspersonalen, inte minst är den uppsökande verksamhet för äldre personer inom omsorgen resurskrävande, och förslaget om ett förstärkt högkostnads-skydd för äldre lär ytterligare öka värdefterfrågan. De frågor som därför måste ställas är om det i dagsläget finns tillräckligt med tandvårdspersonal för att möta det ökande vårdbehovet och hur detta kan tillgodoses i framtiden.

1.6.2 Nuvarande tandvårdspersonal

De samlade tandläkarresurserna i landet har minskat kraftigt under 1990-talet. År 2000 fanns i totalt 7 722 legitimerade och yrkesverksamma tandläkare vilket är 1 870 färre än år 1990.¹ Orsaker till minskningen är färre utbildningsplatser, kraftiga pensionsavgångar samt att många tandläkare har lämnat yrket av andra skäl eller flyttat utomlands under 1990-talet. Enligt en prognos från de nordiska tandläkarorganisationerna kommer antalet tandläkare att ytterligare minska med cirka 2000 fram till år 2020.

Fördelningen av tandläkare över landet skiljer sig kraftigt. År 1999 gick det i Stockholm 655 invånare per legitimerad tandläkare under 65 år, medan motsvarande siffra i Västernorrland var 1 285.² Arbetsmarknaden för tandläkare varierar i landet. På vissa håll råder det tandläkarbrist. Det är svårt att få sökande till tjänster och väntetiderna till folktandvården ökar.

För tandhygienisternas del har utvecklingen den senaste tioårsperioden sett annorlunda ut och anställningsvolymen har stadigt ökat. Det finns i dag mellan 2 500 och 2 600 yrkesverksamma tandhygienister och det utbildas cirka 195 tandhygienister om året. Tandhygienisterna är fortfarande få i relation till tandläkarna, cirka en på fyra, men tandhygienisterna väntas öka i antal under de närmaste tio åren, medan tandläkarkåren minskar. Denna styrkeförskjutning bedöms bli en av de största förändringarna inom svensk tandvård och innebär att den framtida vården måste organiseras på så sätt att ett mindre antal tandläkare tar hand om ett större antal patienter med hjälp av fler tandhygienister.² Ett antal sådana vårdmodeller har redan växt fram inom såväl folktandvården som i privat regi.³

Efterfrågan på tandhygienister varierar i olika delar av landet men behovet av tandhygienister förväntas öka kraftigt om tand-

¹ Oral hälsa och kompetens inom tandvården. Uppdatering av rapport från december 1999, Socialstyrelsen 2001.

² Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården, Socialstyrelsen, 1999.

³ Som exempel kan nämnas Gustafskliniken i Värmland och Selmakliniken i Göteborg.

vården omorganiseras och tyngdpunkten förskjuts från reparativ till förebyggande tandvård.

Det saknas officiell statistik över antalet tandsköterskor, men antalet brukar anges till mellan 13 000 och 14 000. Under 1990-talet minskade antalet yrkesverksamma tandsköterskor kraftigt. I dagsläget finns en viss brist på tandsköterskor och läget förväntas att ytterligare förvärras när många tandsköterskor inom kort går i pension. Medelåldern för tandsköterskor är närmare 50 år. Många lämnar yrket i förtid och tillförseln av tandsköterskor är i det närmaste obefintlig.

Arbetsmarknaden för tandtekniker har varit instabil under 1990-talets senare hälft och arbetslösheten relativt hög. Förändringar i tandvårdsförsäkringen har lett till en dyrare tandvård och minskad efterfrågan på tandtekniska arbeten. Den tidigare arbetsbristen håller emellertid på att omvandlas till arbetskraftsbrist främst beroende på en kraftigt ökad efterfrågan på protetik och behovet av avancerade tandtekniska konstruktioner förväntas ytterligare att öka när det ekonomiska stödet till personer över 65 år kraftigt förbättras.

2 Utvecklingslinjer

2.1 Befolkningsutveckling enligt SCB:s prognoser

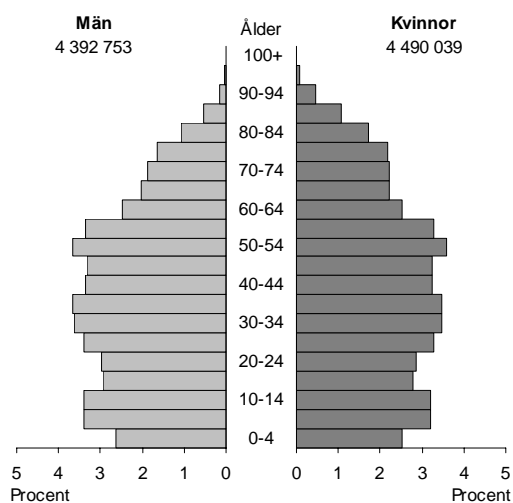
2.1.1 Sveriges befolkning 2000–2050 enligt SCB:s reviderade befolkningsprognos

Folkmängdstillväxten är idag mycket långsam. I stora delar av landet har vi nu en folkminskning med undantag av storstadslänen och universitetsorterna. Inflyttningen till storstäderna har accelererat under 1990-talet.

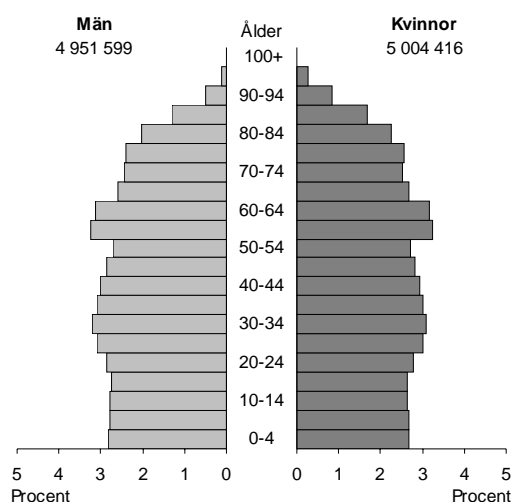
De låga födelse- och dödstalen återspeglas i befolkningspyramidens väg bort från pyramidformen och vi kan tydligt se hur Sverige i allt större utsträckning går mot en åldrande befolkning.

I följande tabell presenteras prognoser för antalet personer uppdelade på kvinnor och män i tusental i vissa åldersintervall och totalt för åren 2000–2050 enligt SCB.

Befolkning efter ålder 2000, procentuell fördelning



Befolkning efter ålder 2050, procentuell fördelning



Källa: Befolkningsstatistik, SCB

Antal personer i tusental i vissa åldersintervall och totalt.

År	Kvinnor			Män			Totalt
	0-19	20-64	65+	0-19	20-64	65+	
2000	1 041	2 567	881	1 098	2 645	650	8 883
2005	1 040	2 610	888	1 096	2 684	675	8 994
2010	1 005	2 631	956	1 060	2 695	766	9 114
2020	1 015	2 615	1 103	1 072	2 667	936	9 407
2030	1 048	2 582	1 220	1 107	2 619	1 047	9 623
2040	1 024	2 574	1 294	1 081	2 609	1 107	9 688
2050	1 029	2 621	1 283	1 087	2 659	1 093	9 772

Källa: SCB

Under 1990-talet ökade befolkningen med drygt 290 000 personer. Tabellen visar en långsam ökningstakt under den närmaste tioårsperioden då befolkningsökningen förväntas uppgå till cirka 230 000 personer. Därefter förväntas befolkningstalet öka med ytterligare cirka 500 000 personer under perioden 2010–2030. Åren 2030–2050 beräknas ökningen bli begränsad till cirka 150 000 personer. Hela

befolkningen förväntas passera niomiljoners strecket omkring år 2005 och beräknas ha ökat till 9,8 miljoner till år 2050.

Antalet barn och ungdomar under 20 års ålder förväntas minska med nära 75 000 personer till år 2010. I en befolkning utan invandring krävs minst 2,1 barn per kvinna för att undvika folkminskning. Låg fruktsamhet leder dessutom till en åldrande befolkning. I Sverige har antalet barn per kvinna under en följd av år varit lågt och var som lägst, 1,5 barn, år 1999, att jämföra med år 1900 då antalet barn per kvinna var 4,1. Man räknar med en långsam uppgång de närmaste tio åren från dagens låga nivå, 1,58 barn per kvinna till 1,8 barn per kvinna.

Samtidigt sker en ökning av antalet personer 65 år och äldre med 190 000 fram till år 2010. Den största förändringen över tiden för hela prognosperioden är den stora uppgången av antalet äldre. Befolkningen i åldrarna 65 år och däröver visar en kontinuerlig tillväxt och kommer enligt prognosen att öka med 845 000 personer till år 2050, en ökning med över 55 procent. Mer än hälften av denna ökning, 445 000 personer, faller på åldersgruppen 80 år eller äldre, vilket innebär en fördubbling av antalet personer i den åldersgruppen fram till år 2050 jämfört med idag. Av tabellen framgår också att kvinnornas dominans bland de allra äldsta i befolkningen minskar.

Beträffande antalet personer i de arbetsföra åldrarna, 20–64 år, förväntas en uppgång ske under de närmaste åren för att år 2010 vara cirka 114 000 fler än idag.

De låga födelsetalen från andra hälften av 1990-talet medför att befolkningen i de arbetsföra åldrarna kommer att minska från omkring år 2015, en minskning som väntas fortsätta under de närmast kommande decennierna. Hur stor nedgången blir bestäms i stor utsträckning av det framtida invandringsöverskottet men också av hur många barn som föds under de närmaste 15–20 åren.

Enligt SCB:s prognoser förväntas antalet födda stiga långsamt de närmaste åren och totala antalet barn och ungdomar under 20 år att uppgå till cirka 2,1 miljoner under prognosperioden fram till år 2050. Dock varierar antalet inom de olika årsklasserna kraftigt.

2.1.2 Ökad folkmängd i de största tätorterna

Det finns totalt drygt 1 900 tätorter i Sverige. Som tätort räknas sammanhängande bebyggelse med minst 200 invånare och med högst 200 meter mellan husen. Ingen hänsyn tas till kommun- eller länsgränser i denna definition.

Enligt SCB har tätortsfolkmängden ökat med en procent, motsvarande cirka 47 000 personer, mellan åren 1995 och 2000. Åttiofyra procent av befolkningen, omkring 7,5 miljoner personer, bodde år 2000 i tätort. Av den totala tätortsbefolkningen bodde 43 procent i de 20 största tätorterna, vilka nästan samtliga har ökat sin folkmängd mellan åren 1995 och 2000. Fem tätorter, Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala och Västerås, har fått kraftigt ökad befolkning, totalt nära 100 000 personer, vilket framgår av följande tabell.

Folkmängd i de 20 största tätorterna åren 1995 och 2000

Tätort	Folkmängd		Förändring av folkmängd	
	2000	1995	Antal	%
Stockholm	1 212 196	1 148 953	63 243	5,5
Göteborg	495 849	480 839	15 010	3,1
Malmö	248 520	234 599	13 921	5,9
Uppsala	124 036	119 979	4 057	3,4
Västerås	102 548	100 861	1 687	1,7
Örebro	95 354	90 814	4 540	5
Linköping	94 248	92 584	1 664	1,8
Helsingborg	87 914	84 494	3 420	4
Norrköping	82 744	84 403	-1 659	-2
Jönköping	81 372	79 914	1 458	1,8
Lund	73 840	71 450	2 390	3,3
Umeå	70 955	68 494	2 461	3,6
Gävle	67 856	68 070	-214	-0
Borås	61 929	60 790	1 139	1,9
Södertälje	59 342	57 327	2 015	3,5
Eskilstuna	57 867	58 984	-1 117	-2
Täby	57 834	56 492	1 342	2,4
Karlstad	56 480	55 482	998	1,8
Halmstad	53 487	51 404	2 083	4,1
Växjö	51 790	49 865	1 925	3,9

Källa: SCB

Drygt 1,4 miljoner personer eller 16 procent av befolkningen bodde utanför tätort år 2000. I följande tabell framgår att befolkningen utanför tätort har ökat i Stockholms län, Uppsala län och Södermanlands län, men har minskat eller är oförändrad i övriga län.

Folkmängd utanför tätort per län åren 1995 och 2000

	Folkmängd		Förändring av folkmängd	
	2000	1995	Antal	%
Stockholms län	83 573	74 320	9 253	12,5
Uppsala län	57 960	55 711	2 249	4
Södermanlands län	47 482	46 062	1 420	3,1
Östergötlands län	67 550	66 689	861	1,3
Jönköpings län	58 094	57 835	259	0,4
Kronobergs län	42 968	44 526	-1 558	-3,5
Kalmar län	53 765	55 810	-2 045	-3,7
Gotlands län	24 576	24 877	-301	-1,2
Blekinge län	32 583	32 821	-238	-0,7
Skåne län	142 152	142 313	-161	-0,1
Hallands län	60 316	59 819	497	0,8
Västra Götalands län	253 704	254 192	-488	-0,2
Värmlands län	72 901	74 897	-1 996	-2,7
Örebro län	49 283	49 409	-126	-0,3
Västmanlands län	36 563	36 358	205	0,6
Dalarnas län	58 445	60 035	-1 590	-2,6
Gävleborgs län	62 175	62 979	-804	-1,3
Västernorrlands län	60 159	61 901	-1 742	-2,8
Jämtlands län	45 142	47 569	-2 427	-5,1
Västerbottens län	61 582	63 375	-1 793	-2,8
Norrbottens län	46 958	48 313	-1 355	-2,8
Hela riket	1 417 931	1 419 811	-1 880	-0,1

*Källa: SCB***2.1.3 Ungdomsgrupperna**

Unga människor flyttar i betydligt större utsträckning nu än tidigare. Det är framför allt de stora städerna och utbildningsorterna som drar till sig ungdomar. Genom att utbildningskapaciteten spritts över landet har dock trycket på storstäderna minskat.

De olika faserna i livet avspeglas tydligt i kommunernas demografiska utveckling. Övergången från gymnasieskola till högskola eller från gymnasieskola till förvärvsarbete ger tydliga spår i 15–19 åringarnas rörlighet.

I åldersgruppen 20–24 år är många inte längre kvar i hemkommunen, vilket innebär att de flesta av Sveriges kommuner i den meningen är förlorare, dvs. att antalet 20–24 åringar är lägre än vad antalet 15–19 åringar var fem år tidigare. Ett trettiootal kommuner är vinnare, varav nästan alla är högskoleorter eller ligger tätt intill en sådan.

Påtaglig återflyttning till mindre orter efter avslutade högskolestudier kan inte utläsas av befolkningssiffrorna. Endast storstäderna och förortskommunerna förefaller vara vinnare när det gäller åldersgruppen 25–29 åringar.

2.1.4 Migrationen

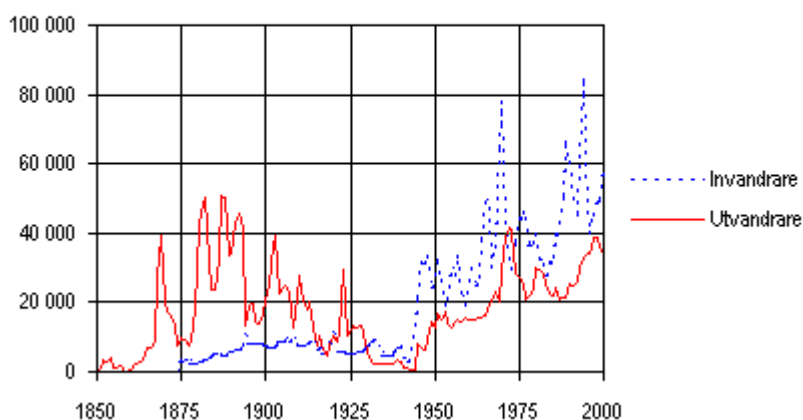
Förändringar i migrationen är svåra att förutse. Både in- och utvandring förväntas dock öka något under de närmaste tio åren. Utvandring av svenskar antas öka något liksom utflyttningen av utrikes födda. Invandring av återvändande svenskar, nära anhöriga till invandrare samt arbetskraft förväntas stiga.

Invandringsöverskottet har de senaste 20 åren i genomsnitt varit cirka 18 000 personer årligen. År 2001 beräknas invandringsöverskottet bli 26 000 personer för att år 2004 åter vara nere i 18 000.

Femtio års invandring har radikalt påverkat den svenska befolkningens sammansättning. En femtedel, totalt omkring 1,8 miljoner, av Sveriges befolkning har utländsk bakgrund, dvs. är själva invandrare eller har en förälder som invandrat. Upp till 40 års ålder har numera var fjärde person utländsk bakgrund. Diagrammet nedan illustrerar både Sverige som utvandrarland och invandrarland.

Invandrare och utvandrare 1851–2000

Antal



Källa: SCB

2.1.5 EU:s befolkning blir allt äldre

Den demografiska utvecklingen i Europa tyder på att befolkningen blir allt äldre. En jämförelse av befolkning och fruktsamhet i EU- och de tretton kandidatländerna visar att samtliga länder utom Turkiet har en fruktsamhet som inte motsvarar full reproduktion. Kandidatländerna är Malta, Cypern, Estland, Slovenien, Lettland, Litauen, Slovakien, Bulgarien, Ungern, Tjeckien, Rumänien, Polen och Turkiet.

Idag är var femte person i EU 60 år eller äldre. I Italien, som har den äldsta befolkningen, kommer om 20 år nästan var tredje person att vara 60 år eller äldre jämfört med var femte person i Irland, som har den yngsta befolkningen. Kandidatländerna har en något yngre befolkning än EU-länderna idag.

Antalet ungdomar i åldern 10–19 år beräknas minska i flertalet EU-länder fram till år 2010 med undantag för Danmark, Sverige och Nederländerna, där prognosen pekar på en ökning. I kandidatländerna sker också en minskning av antalet ungdomar utom i Turkiet.

Antalet unga vuxna, 20–29 år, beräknas bli färre till antalet i nästan alla EU-länder. Den kraftigaste nedgången sker i Spanien,

Italien och Portugal medan prognoserna pekar på en svag ökning i Tyskland, Irland och Finland. Av kandidatländerna räknar man med att hälften kommer att få en minskning.

Generellt sett kommer medelåldern bland kvinnor och män i arbetskraftsåldrarna att öka i EU-länderna. Vad beträffar kandidatländerna är bilden något splittrad. I Turkiet kommer antalet personer i arbetskraftsåldrarna att öka kraftigt under de närmaste 10 åren. Även Polen kommer att få en ökning, speciellt i åldrarna 20–39 år.

2.2 Allmänhälsa

Den medicintekniska utvecklingen har skapat nya förutsättningar att diagnostisera, behandla och bota olika sjukdomstillstånd. Bättre kunskap om riskfaktorer har medfört förändringar i bl.a. matvanor och rökvanor. Dödligheten i många sjukdomar går ner, livslängden ökar och de äldre blir allt vitalare.

Dock är bilden inte helt entydig då statistiken visar att vissa sjukdomar ökar i befolkningen. Exempel på detta är allergier och annan överkänslighet, stressrelaterade sjukdomar samt ångslan, oro, ångest och sömnsvårigheter. Man kan således ifrågasätta huruvida det sker en verklig förbättring av folkhälsan i den meningen att befolkningen lever ett allt längre och friskare liv. Snarare kan det till viss del tyda på att vi visserligen lever längre men de tillkommande åren är år med ohälsa.

2.2.1 Hälsa och livslängd är ojämnt fördelade

Redan i tidigare folkhälsorapporter har Socialstyrelsen uppmärksammat att hälsan var ojämnt fördelad. Trots att klassklyftorna i den materiella välfärden minskat var arbetares risk att bli sjuka större än tjänstemäns. Man visade också att en rad faktorer av betydelse för hälsoutvecklingen var så fördelade att man måste befara att klassklyftorna i hälsa skulle komma att öka.

Inte heller i den senaste folkhälsorapporten, *Folkhälsorapport 2001*, har man kunnat finna annat än att de sociala skillnaderna i hälsa kvarstår och att de är störst bland männen. Hälsoskillnaderna mellan sociala grupper tycks dock minska något bland män medan

de i stället ökar bland kvinnor. Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän är i stort sett oförändrade sedan början av 1980-talet.

Drygt tre fjärdedelar av befolkningen anser sig ha god hälsa. Hälsoutvecklingen är fördelaktigare för den del av befolkningen som är 45 år eller äldre än för yngre vuxna. Även bland barn och ungdomar som under lång tid haft en mycket gynnsam hälsoutveckling finns nu oroande tecken.

Det finns ingen större skillnad i antalet år med full hälsa mellan män och kvinnor trots att kvinnorna har fler levnadsår än männen. Kvinnornas extraår är således år med nedsatt hälsa.

Det är den lätta ohälsan som ökat kraftigt. Antalet levnadsår med lätt ohälsa har ökat med fem och ett halvt år för både män och kvinnor under de senaste 25 åren. Lätt ohälsa inrymmer lättare former av nedsatt psykiskt välbefinnande. Man kan inte utesluta att ökningen i antal levnadsår med lätt ohälsa bl.a. speglar den ökade förekomsten av ångslan, oro, ångest och sömnsvårigheter som registrerades under 1990-talet.

2.2.2 Den framtida sjukdomsöbördan

Minskad dödlighet gör att andelen äldre i befolkningen ökat kraftigt. I Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 2001* konstateras att medellivslängden ökat med ett år under första hälften av 1980-talet, vilket är den kraftigaste ökning vi haft under efterkrigstiden. Sedan dess har mäns medellivslängd ökat 3,3 år och kvinnors 1,9 år och skillnaden mellan mäns och kvinnors genomsnittliga livslängd har reducerats från 6,0 till 4,6 år. Medellivslängden förväntas fortsätta att öka.

Hälso- och sjukvården har naturligtvis stor betydelse för folkhälsan. Man uppskattar att hälso- och sjukvården bidrar till att förlänga medellivslängden med flera år. Dessutom bidrar den kanske i ännu större utsträckning till att förbättra många människors funktionsförmåga och livskvalitet.

I *Folkhälsorapport 2001* framgår att äldres hälsa fortsätter att förbättras. Inga tydliga tecken pekar mot att den sjukdomsperiod som vanligen inträder i livets slutskede håller på att förlängas.

Även om risken för individen att i en given ålder bli sjuk minskar för många sjukdomar, t.ex. i hjärt-kärlsjukdomar, så talar mycket för att förekomsten av sjukdom i befolkningen totalt sett kommer att öka som följd av att fler överlever sina sjukdomar. Men många

av dem som idag t.ex. överlever efter en hjärtinfarkt kommer senare i livet att få andra sjukdomar.

Genom att risken minskar att bli allvarligt sjuk och att dö för tidigt av allvarliga sjukdomar, så lever allt fler till hög ålder. Vi måste därför räkna med att framtidens sjukdomspanorama kan komma att domineras av åldrandets hälsoproblem.

2.2.3 Landstingsförbundets framskrivning av sjukvårdens resursbehov på 20 års sikt

Utvecklingen inom hälso- och sjukvård har under det senaste decenniet präglats av snabba framsteg vad gäller behandlingsmöjligheter rörande nya diagnoser och patientgrupper samtidigt som resursutvecklingen har varit svag. Den demografiska utvecklingen, utvecklingen av medicinteknik och läkemedel i framtiden talar för ett ökat kostnadstryck.

Vad gäller medicinskteknisk utveckling menar Landstingsförbundet i sin rapport *Landstingens ekonomi, maj 2000*, att nettoeffekten torde vara kostnadshöjande. Dessutom kommer naturligtvis förväntningarna från patienter, allmänhet och politiker att vara högt ställda när det gäller möjligheterna att ta del av de nya landvinningarna, vilket ytterligare kan påverka kostnadsutvecklingen.

Som det redan redogjorts för i tidigare avsnitt kommer den demografiska strukturen i Sverige att genomgå kraftiga förändringar de närmaste decennierna. Även om befolkningsprognoser alltid innehåller en stor portion osäkerhet, förutser SCB att antalet äldre kommer att öka högst påtagligt beroende på att dödligheten för äldre kommer att fortsätta att sjunka med 1–1,5 procent per år under lång tid framöver. Medellivslängden förutspås därför fortsätta att öka, om än i avtagande takt. Detta medför att oavsett om hälsan fortsätter att förbättras eller ej kommer skillnaderna i resursanspråk att vara relativt begränsade. Om man utgår från att hälsan för äldre förbättras och att konsumtionen av hälso- och sjukvård tenderar att vara koncentrerad till livets slutskede oavsett vid vilken ålder detta inträffar innebär det att insatserna förskjuts uppåt i åldrarna. Konsumtionen av tandvård uppvisar dock ett något annorlunda mönster. Mest tandvård konsumeras i åldrarna 50–59 år. Därefter avtar tandvårdskonsumtionen med stigande ålder.

Landstingsförbundet prognostiserar en ökning av hälso- och sjukvårdens resursbehov med 10–15 procent till år 2020. Samtidigt kommer antalet personer i arbetsför ålder att minska beroende på att de stora årskullarna födda på 1940-talet lämnar arbetsmarknaden. Detta innebär att bristen på utbildad vårdpersonal i de traditionella yrkesgrupperna kan bli besvärande om inte rekryteringen till sjukvården kan breddas till personalkategorier som kompletterar dagens.

2.3 Oral hälsa och hälsoutveckling

2.3.1 Behovet av epidemiologiska undersökningar

Utvecklingen och utbyggnaden inom hälso-, sjuk- och tandvård, och därmed sammanhängande stigande kostnader, ställer idag krav på effektivt resursutnyttjande och snabb utvärdering av insatta åtgärder. Kunskap om sjukdomar, deras variation och hur de påverkas av olika åtgärdsprogram är därför viktiga komponenter i en total vårdsyn. Epidemiologin intar idag en allt centralare plats inom tandvården och ses som ett instrument för analys, vårdplanering och utvärdering. Epidemiologiska undersökningar bör därför kunna utgöra en plattform för framåtsyftande bedömning av tandhälsoutvecklingen i en population och därmed av den vård som kommer att krävas.

Upprepade epidemiologiska undersökningar ger en förhållandevis säker grund för en framtidsbedömning av tandhälsoutvecklingen såvida inga större förändringar i den studerade befolkningsgruppen sker t.ex. i ålderssammansättning eller att nya grupper av individer med andra tandvårdsvanor och andra attityder till tandvård och tandhälsa tillkommer.

Mot bakgrund av en förändrad ålderssammansättning av befolkningen med allt större grupper äldre, ökad kunskap om tandvårdsituationen hos kroniskt sjuka och funktionshindrade samt en omfattande invandring till Sverige måste en mera noggrann analys av dessa förhållanden göras i relation till såväl framtida vårdbehov som behov av eventuella modifieringar av tandvårdsstödet i framtiden. I perspektivet av begränsade totala resurser blir det av stort värde att den framtida tandvården planeras utifrån befolkningens behov av tandvård och att tandvården kan erbjudas på lika villkor för samtliga medborgare.

2.3.2 Tandhälsan hos barn och ungdomar

Socialstyrelsen har sedan år 1985 följt utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar genom sammanställningar av uppgifter från tandvårdshuvudmännen. Följande uppgifter har hämtats från *Socialstyrelsens meddelandeblad nr 7/01*.

I följande tabell visas den procentuella andelen kariesfria av undersökta barn i åldrarna 3 och 6 år i femårsintervall mellan åren 1985 och 2000. Andelen barn som inte har någon karies i det primära bittet (mjölkttänderna) har ökat kraftigt för 3- och 6-åringarna mellan åren 1985 och 2000. För 6-åringarna har det även skett en ökning mellan åren 1990 och 2000. Detta innebär att förskolebarnen inte drabbas av kariesskador i lika stor utsträckning som tidigare. Av de svenska 3-åringarna är 94 procent kariesfria. Vid 6 års ålder har andelen kariesfria barn sjunkit till 70 procent, men jämfört med 1980 har andelen kariesfria ökat med 25 procentenheter. Det finns dock stora skillnader i kariesförekomsten hos förskolebarnen mellan olika landsting. Orsakerna till denna variation kan vara många. Man skall naturligtvis inte bortse från att det föreligger en verklig skillnad i kariesförekomsten men en del av variationen kan sannolikt förklaras av att mätmetoder inte är standardiserade och kvalitetssäkrade.

Procentuell andel kariesfria av undersökta barn 3 och 6 år 1985, 1990, 1995 och 2000

År	Ålder	
	3 år	6 år
1985	83	45
1990	91	60
1995	93	65
2000	94	70
<i>Differens</i>		
1985/00	+11	+25
1995/00	+1	+5

Källa: Socialstyrelsen

Den procentuella andelen kariesfria 12-åringar har ökat kraftigt mellan åren 1985 och 2000, vilket framgår av följande tabell. Medelvärde för antalet kariesskadade och fyllda tänder (DFT) per person har samtidigt minskat mellan åren 1985 och 2000. På riksnivå uppgick detta medelvärde till 1,0 tänder år 2000, vilket innebär en ökning med 0,1 enheter sedan 1999. Målet enligt World Health Organisation (WHO) är högst 1,5 kariesskadade och fyllda tänder år 2025. Sverige har således redan uppnått detta internationella mål.

En ökning med 0,1 enheter från ett år till ett annat måste bedömas med försiktighet och kan inte tas som intäkt för ett trendbrott. Mera sannolikt är ökningen att betrakta som en normal variation beroende på att kurvan på medelvärdena planat ut

Procentuell andel kariesfria av undersökta 12-åringar samt medelvärde för DFT åren 1985–2000 för de landsting som rapporterats respektive år

År	Antal landsting	Procent kariesfria	Medelvärde DFT
1985	15	22	3,1
1990	22	40	2,0
1995	22	50	1,4
2000	19	61	1,0
<i>Differens</i>			
1985/00		+39	-2,1
1995/00		+11	-0,4

Källa: Socialstyrelsen

I följande tre tabeller presenteras uppgifter om tandhälsan hos 19-åringar. Uppgifterna om 19-åringarna är speciellt intressanta eftersom denna åldersgrupp representerar slutet på tandvårdshuvudmännens ansvar för tandvård åt barn och ungdomar och det sista året som behandlingen är avgiftsfri. Medelvärdet för kariesskadade och fyllda tänder (DFT) minskade med närmare fem tänder mellan åren 1985 och 2000. Andelen individer som är helt kariesfria på tändernas sidoytor, approximalytorna, (DFS-a) har ökat med drygt 22 procentenheter mellan åren 1985 och 2000. År 2000 var mer än 58 procent av undersökta 19-åringar kariesfria approximant. Även andelen individer med många approximala tandskador har minskat.

Den andel av 19-åringar som har minst 10 skadade approximalytor, dvs. de med mest omfattande kariesskador, har minskat med 7,5 procentenheter. De approximala kariesskadorna är de som framför allt ger upphov till ett framtida vårdbehov genom att många fyllningar efter några år behöver göras om på grund av att nya kariesskador uppkommer i kanten på fyllningarna eller på grund av att fyllningarna går sönder.

Medelvärde för DFT hos 19-åringar på riksnivå åren 1985–2000

År	Antal landsting	Medelvärde DFT
1985	23	8,5
1990	25	6,3
1995	25	5,1
2000	20	3,6
<i>Differens</i>		
1985/00		-4,9
1995/00		-1,5

Källa: Socialstyrelsen

Procentuell andel kariesfria approximalt av undersökta 19-åringar på riksnivå åren 1985–2000

År	Antal landsting	Kariesfria approximalt
1985	23	36,1
1990	25	50,1
1995	23	55,7
2000	20	58,3
<i>Differens</i>		
1985/00		+22,2
1995/00		+2,6

Källa: Socialstyrelsen

Frekvensfördelning (procent) av antalet 19-åringar i förhållande till värdet på DFS-a åren 1985–2000

År	DFS-a						
	0	1	2	3	4-7	7-7	>=10
1985	35	14	11	7	15	8	10
1990	50	14	10	7	11	4	4
1995	58	14	9	5	8	3	3
2000	59	14	9	5	8	3	2,5

Källa: Socialstyrelsen

Det måste framhållas att vad som i dessa undersökningar anges som karies är s.k. manifest karies, som inte enbart är begränsad till tandens emalj utan även når in i tandbenet (dentinet) och i allmänhet kräver att en fyllning behöver göras. Initialkaries, som är en ytligare form av skada, har inte registrerats. Även initialkaries kräver behandling, i allmänhet med fluorpreparat.

Förbättringen av tandhälsan hos barn och ungdomar förväntas fortsätta om än i långsammare takt än hittills.

I *Socialstyrelsens meddelandeblad 7/01* beskrivs tandhälsoutvecklingen under senare år, vilken här återges in extenso.

”I fråga om kariesfria treåringar visar uppgifterna att andelen kariesfria barn inte förändrats mellan åren 1995 och 2000. Men det är heller inte att förvänta eftersom detta värde redan 1995 var så högt som 93 procent. En ökning av andelen kariesfria sexåringar har dock skett under de senaste fem åren. På riksnivå går det således inte att få belägg för att tandhälsan försämrats hos förskolebarnen även om andelen kariesfria är ett relativt trubbigt mått som egentligen anger tandläkarnas bedömning om fyllningsterapi behöver utföras eller inte.

En granskning av statistiken från de senaste åren antyder att det finns en tendens till att förbättringen av tandhälsan mattats av. Detta skulle då vara i överensstämmelse med olika rapporter från fältet. För att belysa detta finns i nedanstående tabell uppgifter för varje år under 90-talet vad avser DFT hos 12-åringar och DFS-a hos 19-åringar. Som framgår av uppgifterna i tabellen så har det på riksnivå funnits en relativt likartad förändring mellan vart och ett av de tio åren mellan 1990 och 1999 medan en obetydlig ökning kan avläsas för år 2000. Detta kan ha många förklaringar. En är att Stockholms läns landsting, som alltid haft en något sämre tandhälsa, nu för första gången på många år ingår i statistiken. En annan förklaring kan vara att landstingen i allt större utsträckning kallar enbart s.k. riskpatienter.”

Medelvärde för DFT hos 12-åringar och för DFS-a hos 19-åringar på riksnivå under perioden 1990–2000

År	DFT 12-åringar	DFS-a 19-åringar
1990	2,0	2,0
1991	1,8	1,9
1992	1,6	1,7
1993	1,6	1,7
1994	1,5	1,6
1995	1,4	1,6
1996	1,2	1,5
1997	1,0	1,4
1998	1,0	1,4
1999	0,9	1,3
2000	1,0	1,4

Källa: Socialstyrelsen

2.3.3 Tandhälsan hos vuxna

Det är betydligt svårare att beskriva tandhälsa och tandhälsoutveckling hos vuxna än hos barn och ungdomar. Det beror dels på att det inte föreligger konsensus om vilka mått eller index som är lämpliga, dels på att det finns få aktuella uppgifter på riksnivå.

Den orala hälsan är en produkt inte enbart av direkta sjukdomsorsaker utan också i hög grad av sociodemografiska och kulturella faktorer. Om tand- och munsjukdomar inte läker medför det att varje munhåla allt eftersom tiden går dokumenterar anhopade effekter av genomgångna perioder av tandohälsa. En tand som skadats av karies och fått en fyllning är t.ex. en bestående skada. Variationerna ökar därför med stigande ålder och innebär epidemiologiska problem både när det gäller val av variabler och när det gäller tolkning av resultat från undersökningar av vuxenpopulationer.

Undersökningar på riksnivå

Det finns ingen samlad epidemiologisk information beträffande den vuxna befolkningens orala hälsa i hela Sverige, utöver den som erhålls via de löpande undersökningarna av levnadsförhållandena

(ULF) som utförs av Statistiska Centralbyrån (SCB). Dessa undersökningar är riksomfattande avseende den vuxna befolkningen över 16 år och inkluderar ett flertal frågor av odontologisk karaktär. Av ULF-undersökningarna framgår att den orala hälsan, med utgångspunkt från antalet kvarvarande tänder som ett mått på tandhälsan, genomgått stora förändringar under senare decennier. Såväl karies som parodontit (tandlossning) kan leda till tandförluster, vilket gör att information om olika grad av betandning i en befolkning är en viktig uppgift för att bedöma det orala hälsotillståndet.

Urvalet i ULF-undersökningarna har under 1980-talet utökats med åldrar t.o.m. 84 år. Som mått på tandhälsa används avsaknad av egna tänder (tandlöshet), förekomst av enbart egna tänder, nedsatt tuggförmåga samt förekomst av tandprotes och tandimplantat (fastskruvad protes).

Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat med nästan två tredjedelar från 17,4 till 6,4 procent i befolkningen i åldersgruppen 25–84 år sedan början av 80-talet. Speciellt märkbar är minskningen i åldersgruppen 45–64 år, där andelen tandlösa gått ner från 18 procent till 3 procent bland kvinnorna och från 14 procent till 2 procent bland männen. Också i de högre åldersgrupperna ses en påtaglig minskning av andelen tandlösa med nästan en halvering i åldrarna 75–84 år. De socioekonomiska skillnaderna har också blivit mindre där i synnerhet de ej facklärdas arbetarna uppvisat en mycket positiv utveckling och nu ligger nära befolkningsgenomsnittet.

Av följande tabell framgår den procentuella fördelningen av förekomsten av egna tänder i åldrarna 25–84 år. Som jämförelse kan nämnas att vid intervjuerna åren 1980–81 uppgav endast 18,4 procent i åldrarna 75–84 år att de hade "enbart egna tänder" jämfört med 25,1 procent åren 1988–89. När samma fråga ställs åren 1996–97 har andelen som anger att de har enbart egna tänder i åldersgruppen ökat till 40,1 procent.

Tandstatus hos 25–84-åringar 1980–81, 1988–89 och 1996–97. Procentuell fördelning

Ålder	Enbart egna tänder			Lös- och egna tänder			Inga egna tänder		
	-80/81	-88/89	-96/97	-80/81	-88/89	-96/97	-80/81	-88/89	-96/97
25-44 år	94,4	97,1	98,1	4,2	2,6	1,6	1,4	0,4	0,3
45-64 år	69,9	75,3	87,0	19,5	16,8	10,3	15,6	7,9	2,7
65-74 år	30,0	43,8	58,9	25,9	27,6	25,4	44,2	28,6	15,7
75-84 år	18,4	25,1	40,1	22,1	24,9	28,4	59,5	50,5	31,5

Källa: SCB:s ULF-undersökningar

Förekomst av implantat är sällsynt i de lägre åldersgrupperna t.o.m. 44 år. I åldersgruppen 44–64 år uppger drygt två procent att man har någon typ av implantat medan förekomsten ökar till fem procent i åldrarna 65–84 år.

I 1996–97 års ULF-undersökning ställdes för första gången frågan om man upplevt besvär från tänderna/proteserna under det senaste året samt om man inte är nöjd med tändernas/protesernas utseende. Svaret på dessa frågor speglar också befolkningens tandtillstånd. Kvinnor med barn och kvinnor i Norra glesbygden uppger i högre utsträckning än övriga grupper ensamstående att de har besvär från tänderna/proteserna.

Som framgår av följande tabell så avtar besvären eller rapporteringen av besvären ju äldre individerna blir. Detta är något förbryllande med tanke på att de i stället borde öka i takt med att tänder, fyllningar och proteser åldras och behöver bytas ut eller justeras. Samma trend gäller för andelen som inte är nöjd med tändernas/protesernas utseende.

Besvär från tänderna/proteserna samt missnöje med tändernas/ protesernas utseende enligt ULF 1996–1997. Procentuell fördelning

Ålder	Besvär från tänderna/proteserna senaste 12 månaderna	Ej nöjd med tändernas/ protesernas utseende
25-44 år	23,4	13,1
45-64 år	22,2	14,3
65-74 år	18,1	11,0
75-84 år	15,2	8,7

Källa: SCB

Nedsatt tuggförmåga definieras som att inte alls eller endast med svårighet kunna tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple. Ungdomarnas tuggförmåga är liksom deras tandstatus förhållandevis god. Men resultaten från ULF, illustrerade i den följande tabellen, visar att tuggförmågan under slutet av 1990-talet tycks vara på väg att försämrats för personer i åldersgruppen 16–44 år. I åldrarna 45 år och däröver har i stället tuggförmågan stadigt förbättrats under den senaste tjugooårsperioden, särskilt i åldersgruppen 65 år och äldre. Detta är ett uttryck för att tandtillståndet förbättrats speciellt vad avser den äldre befolkningen. De socioekonomiska skillnaderna minskar något, men var tionde ej facklärare arbetare har nedsatt tuggförmåga jämfört med endast var tjugonde tjänsteman på mellan- och högre nivå. Förhållandet är detsamma för båda könen. Motsvarande skillnader finns också mellan den lägsta och den högsta inkomstgruppen.

Nedsatt tuggförmåga (svarsalternativ 2) och kraftigt nedsatt tuggförmåga (svarsalternativ 3) enligt ULF 1980–81, 1988–89 och 1996–97. Procentuell fördelning

Ålder	Nedsatt tuggförmåga			Därav kraftigt nedsatt		
	1980-81	1988-89	1996-97	1980-81	1988-89	1996-97
25-44 år	3,6	1,8	3,4	2,0	1,0	1,9
45-64 år	11,3	6,8	5,8	3,5	1,8	1,9
65-74 år	21,3	16,7	12,8	4,6	4,0	4,2
75-84 år	31,5	28,7	21,0	6,5	5,6	4,1

Källa: SCB

Allmänt sett är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. År 1985 var det genomsnittliga antalet kvarvarande tänder hos 35–39-åringar 26 av 28 möjliga. Visdomständerna medräknades inte. Siffrorna härrör sig från Richard Håkanssons undersökning *Tandvårdsvanor och tandstatus bland vuxna i Sverige 1974–1985. Jämförande tvärsnitts- och longitudinella undersökningar* (1981). Gruppen 55–60-åringar hade vid samma tidpunkt i genomsnitt 15 kvarvarande tänder. Det finns inte skäl att anta att personerna i de aktuella åldersgrupperna, som nu är 50–54 år respektive 70–74 år, har förlorat fler än enstaka tänder sedan år 1985 då undersökningen gjordes.

Regionala undersökningar

I Jönköping har Hugoson och medarbetare genomfört tvärsnittsstudier med tio års mellanrum, åren 1973, 1983 och 1993 avseende tandhälsa, tandvårdsvanor och kunskap om tandsjukdomar och tandhälsa.

Antalet tandlösa individer minskade med hälften mellan åren 1973 och 1993 och uppgick vid det senare tillfället till åtta procent inom åldersgrupperna 40–70 år. Medeltalet kvarvarande tänder hade ökat och upp till 50 års ålder var samtliga individer i stort sett fullt betandade. Antalet kariesangrepp och fyllningar minskade under 20-årsperioden. En ökning av antalet fyllda tandytor registrerades efter 50 års ålder. Även den parodontala hälsan förbättrades under ifrågavarande period. Tandfästet i käkbenet hos 40-åringar var år 1993 i nivå med det hos 20-åringar år 1973.

I en studie avseende 50-åringars mun- och tandhälsa i Örebro och Östergötlands län år 1996 konstaterade Halling och Unell att tandvärk fortfarande var ett hälsoproblem. Var sjunde individ hade haft tandvärk under det senaste året. Tandlöshet var mycket sällsynt och de flesta hade ett stort antal kvarvarande tänder med omfattande lagningar. Majoriteten var nöjda med sina tänder och sin tuggförmåga. Tandhälsotillståndet och upplevelsen av tandhälsan var ojämnt fördelad i befolkningen. De var sämre för individer med låg utbildning/socialgrupp, ensamstående, invandrare, rökare och dem med nedsatt allmänhälsa.

Sedan år 1983 har Uhrbom och Bjerner med fem års mellanrum kartlagt vuxenbefolkningens munhälsa i Dalarna. Den senaste undersökningen genomfördes år 1998 (*Epi Wux -98*) och man konstaterar att utvecklingen av vuxnas munhälsa uppvisar mycket stora förbättringar sedan år 1983. Om utvecklingen under nästkommande 15 års period är likartad som under denna period anser man att det är realistiskt att räkna med att total tandlöshet inte längre föreligger på procentnivå före 65 års ålder. Även bland personer i högre åldersgrupper, 75 år och äldre, kommer andelen tandlösa att minska avsevärt och ligga under tio procent. Prognoser visar att flertalet personer upp till pensionsåldern dessutom kommer att ha i stort sett fullbetandade bett. För tandvårdens del kommer det att innebära en verksamhetsinriktning där den stora utmaningen i allt större omfattning kommer att gälla insatser för att upprätthålla den äldre generationens tandhälsa.

I *Epi Wux -98* lyfter man fram en angelägen uppgift för tandvården nämligen att få yngre icke vård sökande personer att prioritera sin munhälsa både för att ta vara på det hälsokapital som grundlagts inom den organiserade barn- och ungdomstandvården och för att undvika kostsamma framtida åtgärder av reparativ karaktär.

Sammanfattningsvis redovisas munhälsoläget år 1998 för de fyra undersökta åldersgrupperna 35, 50, 65 och 75 år på följande sätt:

- *35-åringen* har så gott som alla tänder i behåll. Mer än hälften har inga registrerade kariesskador. Flertalet har inga lagningar i sina framtänder och även frekvensen av fyllningar i sidopartierna är låg. Endast tio procent har en eller flera enstaka kronor. Förekomst av grav tandlossningssjukdom är låg. Relativt stor andel personer som av ekonomiska skäl inte regelbundet söker tandvård återfinns i denna åldersgrupp.
- *50-åringen* har nästan alla framtänder i behåll och de flesta av kindtänderna. Mer än hälften har inga registrerade kariesskador. I bittets sidopartier finns omfattande fyllningsterapi medan framtänderna inte har fyllningar i lika stor omfattning. Åtta procent har brokonstruktioner av mindre utsträckning, 2-6 led. Omfattande förlust av tandfäste återfinns hos två procent. Endast en procent är helt tandlösa. I denna åldersgrupp är det ett fåtal personer som inte söker tandvård regelbundet.
- *65-åringen* har de flesta framtänderna i behåll medan flera tänder förlorats i bittets sidopartier. Alltfler i denna åldersgrupp har välbetandade bitt. De betandade har i genomsnitt 20 kvarvarande tänder. Tretton procent i åldersgruppen har mycket omfattande restaurationer i form av kronersättningar och/eller brokonstruktioner och omfattande fyllningsterapi förekommer hos de flesta i åldersgruppen. Åtta procent är helt tandlösa. En lika stor andel har grava förluster av tändernas stödjevänad.
- *75-åringen* har i genomsnitt 14 kvarvarande tänder. Andelen välbetandade personer har ökat kraftigt sedan 1983 och uppgår nu till en tredjedel av åldersgruppen. I denna åldersgrupp har också andelen tandlösa minskat mest under den senaste 15-årsperioden. Idag är knappt 20 procent helt tandlösa. Var tionde person har mycket omfattande fasta brokonstruktioner och nästan en tredjedel har en eller flera mindre sådana

konstruktioner. Grav tandlossning förekommer hos nio procent. Av de sju procent som inte regelbundet besöker tandvården är majoriteten helt tandlösa.

De senaste epidemiologiska undersökningarna avseende tandhälsan visar alltså att det skett en påtaglig förbättring bland den vuxna befolkningen. Andelen individer som helt saknar egna tänder har minskat kraftigt, vilket både studierna från Jönköping och Dalarna visar. Skillnaden i tandlöshet mellan olika delar av landet är dock stor. Total tandförlust bland 50- och 65-åringar är exempelvis betydligt vanligare i de norra delarna av Sverige.

Tvårsnittundersökningar av munhälsan utförda i Norrbotten åren 1990–91 och i Västerbotten år 1990 visar att andelen helt tandlösa i åldersgruppen 50 år var drygt 11 procent i Norrbotten och 10 procent i Västerbotten. Bland 65-åringarna var drygt 41 procent i avsaknad av egna tänder i Norrbotten medan förekomsten av tandlöshet var något lägre, 33 procent, i motsvarande åldersgrupp i Västerbotten. Trots att tandhälsoförbättringar uppnåtts i samma utsträckning i de norra delarna av Sverige som i övriga landet så finns en inte obetydlig del av befolkningen som också framdeles kommer att vara i behov av såväl avtagbara proteser som implantat.

2.3.4 Tandhälsan hos sjuka och funktionshindrade äldre

Andelen äldre ökar generellt i befolkningen, vilket medför att andelen äldre bland sjuka och funktionshindrade också ökar. Allt fler individer behåller också fler tänder och fler restorationer upp i högre åldrar. Flertalet kroniska sjukdomar och funktionshinder tillstånd medför ökad risk för tand- och munsjukdomar. Vid kronisk sjukdom eller funktionshinder förändras livsbetingelserna vilket påverkar munhälsan och marginalerna för påfrestningar krymper.

I en delrapport, *Tänderna, en del av kroppen*, ingående i projektet Äldre och Folkhälsa utgiven av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, beskriver Nordenram ett flertal samband mellan olika kroniska sjukdomstillstånd och försämrad oral hälsa. Sjukdomarna i sig kan medföra skador i munnen liksom medicinering eller annan behandling mot sjukdomen i fråga. Här kan nämnas sjukdomsbehandling med strålning mot huvud- och halsregionen och medicinering mot oro och depression som innebär stora risker för

försämrad tandhälsa till följd av påverkan på salivsekretionen. De indirekta följderna av ett funktionshinder kan också vara betydande. Neurologiska skador och sjukdomar kan t.ex. allvarligt försämra förmågan att sköta munhygien och strokesjukdomar med ansiktsförämlning som följd kan omöjliggöra för patienten att bära och styra en helprotes. Andra sensoriska störningar som apraxi (handlingsoförmåga) kan också ge orala konsekvenser liksom depression och andra personlighetsförändringar som gör att patienten inte längre bryr sig om att sköta sina tänder. Demenssjukdomar minskar också förmågan att sköta munhygien.

Det finns förhållandevis få större undersökningar som omfattar dessa grupper. Nordenram har genomfört en studie på åtta långvårdssjukhus i Stockholm vid två tillfällen, åren 1988 och 1990. Antalet undersökta personer var 257 respektive 258 med en medelålder på 76,8 och 79,1 år. Andelen helt tandlösa personer var 20 respektive 24 procent. Bland de betandade fanns fler kvarvarande tänder år 1988 än år 1990, 15,2 mot 13,0 tänder. Den parodontala hälsan bedömdes som dålig. Nordenram fäster särskild uppmärksamhet vid den förändring som för närvarande pågår inom äldreomsorgen och som innebär satsning på vård och omsorg i det egna hemmet så länge som möjligt. Det är därför mycket viktigt att munnens hälsa inte förbises i detta skede. Om de äldres tandhälsa skall kunna bevaras livet ut behöver, utöver den dagliga munvården, tandvård med stora inslag av professionellt utförd förebyggande vård ingå redan i äldrevården. När alltfler äldre har egna tänder och lever allt längre med bättre livskvalitet kommer en tandhälso-bevarande inriktning av äldretandvården att få en större betydelse. Annars finns risk att tandskadorna inte upptäcks förrän vård i särskilt boende blir aktuell och utvecklingen av skadorna kan ha medfört att dessa då inte går att reparera.

Fure och medarbetare har i ett flertal studier belyst vikten av att de äldre redan när de är friska informeras om att behovet av kariesförebyggande åtgärder ökar med stigande ålder. Den dominerande kariesformen hos de äldre är karies i anslutning till tidigare restaurerade tandtytor, vilket också gäller för rotytorna och problemet accentueras ytterligare vid muntorrhet. Främsta orsaken till tandförluster i högre åldrar är karies och dess följder såsom upprepade restaurationer och rotfrakturer. Författarna anger att bland 85-åringar var andelen tanduttagningar till följd av karies så hög som 62 procent och poängterar att de äldre bör, innan alltför stora

kariesproblem uppträder, involveras i ett individuellt avpassat förebyggande program, som förstärks allteftersom behovet ökar.

2.3.5 Folkhälsa och folksjukdomar

I Socialstyrelsens *Folkhälsorapport 2001* tas tandhälsa och tandhälsoutveckling upp under kapitlet *Folksjukdomar*. Vad som betraktas som folksjukdomar varierar mellan länder och kulturer över tid. Huruvida ett hälsoproblem bör räknas som ett folkhälsoproblem/folksjukdom anses ha att göra med hur vanligt det är, allvarlighetsgraden, om det ökar eller är på tillbakagång och hur det fördelar sig i olika grupper i befolkningen. Dessutom väger man in konsekvenserna för individer och samhälle och möjligheterna att göra något åt problemet. Mot den bakgrunden finns det flera skäl att räkna tandsjukdomar till folksjukdomarna.

Socialstyrelsen har i de senaste nationella folkhälsorapporterna betraktat sex grupper som folksjukdomar: hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, cancer, rörelseorganens sjukdomar, skador och allergier. Utöver dessa har tandhälsan, vissa infektionssjukdomar och vissa andra hälsoproblem behandlats.

I den senaste rapporten konstaterar man att tandhälsan överlag har förbättrats avsevärt de senaste 25 åren, i synnerhet bland äldre över 65 år. Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. Det är fortfarande vanligare att arbetare saknar egna tänder än att tjänstemän på mellannivå och högre gör det. Bland män har dock skillnaden minskat något under den senaste tioårsperioden. Också beträffande tuggförmågan, i bemärkelsen att utan svårigheter kunna tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple, har förbättrats för hela befolkningen sedan början av 1980-talet. Även här är förbättringen störst i åldrarna över 65 år.

Tandhälsan hos invandrargrupper är sämre än bland svenskar. Förekomst av protes är vanligare bland invandrare och invandrare uppger också i större utsträckning än svenskar tuggproblem.

Vad gäller tändernas utseende ställdes i ULF-undersökningen år 1996/97 en fråga om hur nöjd man är med sina tänder. Kvinnor var mer missnöjda med utseendet på sina tänder än män. Allra mest missnöjda var förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa, där så många som 20 respektive 13 procent av dem var missnöjda.

Sedan början av 1980-talet har besöksfrekvensen hos tandläkare ökat. Andelen av den vuxna befolkningen som inte besökt tandläkare på minst två år har under perioden minskat i synnerhet i de äldsta åldersgrupperna. I åldersgruppen 25–34 år har emellertid andelarna som inte besökt tandläkare på två år ökat. Det finns många förklaringar till detta. En kan vara att man anser att tandhälsan är så god att man inte behöver det. En annan kan vara att kostnaderna för patienterna ökat till följd av förändringar i tandvårdsförsäkringen på 1990-talet och många yngre har fått sämre ekonomi på grund av svårigheter på arbetsmarknaden.

Den sociala snedfördelningen vad beträffar tandvårdsutnyttjande kvarstår. De socioekonomiska grupper som har den bästa tandhälsan besöker tandvården flitigast. Invandrare går inte till tandläkaren lika ofta som befolkningen i stort. Detta kan troligen förklaras med att de har annan attityd till tandvård och tandhälsa än infödda svenskar på grund av att de inte skolats in i den svenska folkhälsotraditionen med förebyggande tandvård. Dessutom tar det tid innan man hunnit etablera kontakt med tandvården när man flyttar till ett annat land.

Barns och ungdomars tandhälsa förbättras allttjämt. På riksnivå har man i debatten under senare år hävdats att förbättringen mattas av, vilket dock ej kan avläsas i riksmedelvärdena, som visar en jämn trend neråt under hela 1990-talet. Däremot finns det stora regionala skillnader. Det är också skillnad i tandhälsa mellan infödda svenska barn och barn till invandrare hos vilka förekomst av karies var betydligt vanligare.

Framtida vårdbehov

Beträffande framtida vårdbehov kan detta ses såväl i ett kortare tidsperspektiv som i ett långsiktigare. I ett mera långsiktigt tidsperspektiv bör successivt vårdbehovet minska allteftersom de förebyggande insatserna resulterat i en förbättrad tandhälsa, vilket medför friskare patienter med mindre vårdbehov. I ett tioårigt tidsperspektiv torde dock inga stora skillnader finnas avseende vårdbehovet jämfört med idag.

I framtiden bedöms barn och ungdomar ha ett mindre vårdbehov jämfört med dagens situation. Ett undantag utgör dock barn och ungdomar med svåra allmänsjukdomar, med bakgrund i familjer med sociala problem samt barn som kommer till Sverige från andra

länder eller vilka genom föräldragenerationen har en annan kulturell bakgrund.

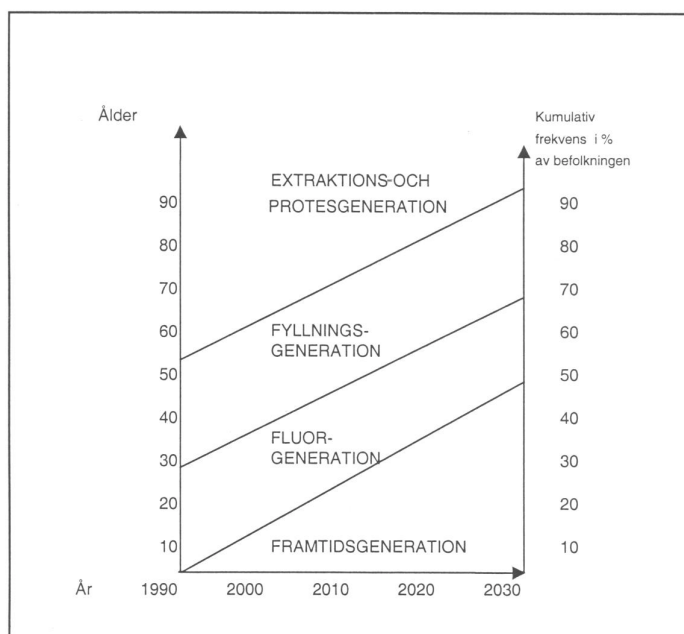
Hos unga vuxna, 20–40 år, kommer tandhälsan sannolikt att förbättras som en konsekvens av förbättringarna hos barn och ungdomar. Vissa andra vårdbehov än sådana som relateras till karies kan öka på grund av t.ex. stressrelaterade bettfysiologiska problem. Vårdbehov och värdefterfrågan av estetiska skäl förutses komma att öka.

Hos de medelålders patienterna, 40–64 år, kommer successivt tandhälsan att förbättras vartefter gruppen fylls på med allt friskare individer från gruppen unga vuxna. Tack vare ökade kunskaper om riskgruppshantering och ökade kunskaper om belastningsfaktorer som bidrar till tandlossningssjukdomar kommer denna patientgrupp att behöva omfattande insatser baserade på ny kunskap. Många invandrare i denna åldersgrupp kommer att uppvisa ett stort vårdbehov på grund av att de haft sämre tillgång till reparativ och förebyggande vård i hemlandet.

Tandvårdens stora utmaning de närmaste decennierna finns i de äldre åldersgrupperna. I gruppen pensionärer kommer ett successivt förändrat protetiskt vårdbehov till stånd på grund av ett ökat antal individer med allt fler tänder i behåll. Det reparatoriska vårdbehovet kommer fortsatt att vara stort på grund av fyllningsmaterialens begränsade hållfasthet och att tänder med stora fyllningar frakturerar. I gruppen kan man också förvänta ett ökat behov av tandhälskontroller och professionellt munhygienstöd då individerna får allt svårare att själva sköta sin munhygien allt eftersom synen och finmotoriken försämras. Pensionärer med invandrarbakgrund kommer att kräva ett speciellt omhändertagande eftersom de ofta har dåliga kunskaper i svenska och ett sämre tandstatus än de som är födda i Sverige.

Uppsökande tandvård för de individer som är föremål för någon form av omsorger befinner sig fortfarande i ett uppbyggnadsskede. Mobil tandvård kan sannolikt bli ett naturligt inslag för att klara den uppsökande tandvården. Ett mycket omfattande och ökat vårdbehov kan förväntas i åldersgruppen äldre äldre. Jämfört med dagens situation har individerna fler kvarvarande tänder med många och mer komplicerade restaurationer. Utebliven hjälp med att sköta munhygien på grund av brist på personal inom omsorgen och ökad andel som får vård i hemmet bidrar till att öka vårdbehovet.

Generations tandhälsa. Schematisk bild över förhållandet mellan generationers tandhälsa och andel av befolkningen.



Efter Olhede, 2002.

I figuren ovan åskådliggörs tandhälsoutvecklingen genom att de friskare generationerna, framtids- och fluorgenerationerna, utgör en allt större andel av befolkningen. Den högra y-axeln beskriver hur stor andel av befolkningen som vid varje tid kan förväntas tillhöra de olika generationerna.

Ett framtida vårdbehov kommer också, som tidigare nämnts, att i stor utsträckning vara efterfrågestyrt. Med tillkomst av nya tekniker och metoder och höjd levnadsstandard följer också ökade krav. Dessa kan ta sig uttryck såväl i en större efterfrågan på protetiska åtgärder i form av kronor och broar som i ökad efterfrågan på rent estetisk tandvård. Framtida resurser måste därför balanseras för att både kunna möta en efterfrågeökning samtidigt som varken en utträngning av angelägen vård för grupper med särskilda behov eller utträngning av den vardagsnära bastandvården inklusive den förebyggande tandvården får riskeras.

2.4 Vårdbehov och vårdefterfrågan

2.4.1 Tandvårdsbehov och besöksfrekvens

De flesta svenskar besöker tandvården regelbundet. Sett till ett genomsnitt för hela befolkningen i åldrarna 16–74 år har tandvårdskontakterna blivit allt tätare sedan år 1975, enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Kvinnorna har genomgående gjort tätare besök än männen. Utvecklingen för ungdomar i åldrarna 16–24 år har också varit tämligen jämn under hela perioden och nio av tio ungdomar har gjort något besök i tandvården under en tvåårsperiod. När det gäller åldersgruppen 25–44 år är mönstret likartat till början av 1990-talet. Därefter syns en tydlig avtagande trend för besök vartannat år eller oftare. Att besöksfrekvensen sjunker kan naturligtvis ha flera orsaker. En trolig förklaring till besöksfrekvensens neråtgående trend är att allt fler tandläkare arbetar med individrelaterade återbesök, vilket medför att det blir vanligare att tänderna kontrolleras med längre intervall än en gång per år.

En positiv utveckling beträffande tandvårdskontakter har personer i åldrarna 45–64 år haft under hela perioden från år 1975 till år 1999. De som inte besökt tandläkare under de senaste två åren blir allt färre. En mycket positiv utveckling med tätare tandläkarbesök ses för 65–74-åringarna.

För den vuxna befolkningen i åldrarna 25–84 år framträder inte oväntat tydliga socioekonomiska och regionala skillnader beträffande tandläkarbesök och tandhälsa. Åttioen procent av de högre tjänstemännen men bara 68 procent av de ej facklärdade arbetarna har besökt tandvården inom en tolv månadersperiod. I synnerhet för de manliga arbetarna och för män i norra glesbygden är andelen låg. Utvecklingen har dock varit mycket positiv för manliga ej facklärdade arbetare sedan början av 1980-talet.

Några stora skillnader mellan könen har ej kunnat påvisas utom i åldersgruppen 20–29 år. Besöken hos tandläkare eller tandhygienist har här kommit att minska mer bland männen än bland kvinnorna. Tjugo procent av männen jämfört med tio procent av kvinnorna uppgav att de inte gjort något besök på minst två år.

I följande tabell från SCB:s ULF-undersökningar visas hur stor andel av befolkningen som erhållit tandvård under de senaste två åren. Undersökningen omfattar endast direktintervjuade personer med eget boende. Från år 1998 har frågan "När var du senast hos

tandläkare” modifierats till ”tandläkare/tandhygienist”. Det är troligt att intervjupersonerna även under tidigare år medräknat besök hos tandhygienist även om frågan inte uttryckligen formulerats så.

Procentuell andel av befolkningen med tandvård under de senaste två åren. Båda könen 25–74 år (1990, 1995) och 25–84 år (1996–98)

	1990	1995	1996–98
25-44 år	91,8	89,6	87,6
45-64 år	88,0	92,0	92,8
65-74 år	75,6	79,5	82,5
75-84 år	–	–	68,2
Totalt	87,9	89,1	86,9

Källa: SCB:s ULF-undersökningar

Av tabellen framgår att det totalt sett är en mycket måttlig förändring av tandvårdsbesöken som skett. I samtliga åldersgrupper utom hos 25–44-åringar har tandvårdsbesöken ökat något.

Sedan åren 1980–81 har andelen bland 75–84-åringar som inte besökt tandläkare på fem år eller längre tid minskat från drygt 53 till drygt 22 procent. Följande tabell visar utvecklingen mellan åren 1980–81 t.o.m. åren 1996–98.

Senaste besöket hos tandläkare för 5 år eller längre tid sedan åren 1980–81, 1988–89 och 1996–98. Båda könen. Procent

	1980–81	1988–89	1996–98
25-44 år	4,1	1,9	3,3
45-64 år	14,8	6,5	3,2
65-74 år	36,2	20,4	11,6
75-84 år	53,7	40,3	22,5
Totalt	16,8	9,9	6,3

Källa: SCB:s ULF-undersökningar

Den minskade andelen helt tandlösa i åldrarna 65–84 år kan vara en av förklaringarna till att åldersgruppen kraftigt ökat sina regelbundna tandläkarbesök. En annan förklaring kan vara förbättrade ekonomiska möjligheter att söka tandvård.

I 1996–97 års ULF-undersökning ställdes för första gången frågan om man upplevt besvär från tänderna under det senaste året med tillhörande fråga om man åtgärdat dessa besvär. I följande tabell redovisas resultatet.

Besvär från tänderna enligt frågor i ULF-undersökningen åren 1996–97. Procent

	Besvär från tänderna senaste 12 mån.	Därav	
		ej åtgärdat besv.	ej råd att åtgärda besv.
Samtliga 25–84 år	21,4	3,5	1,0
ÅLDERSGRUPP			
25-44 år	23,4	5,1	1,5
45-64 år	22,1	2,5	0,8
65-74 år	18,1	2,1	0,4
75-84 år	15,2	2,9	0,6
NATIONALITET			
Sydeuropeiska medb.	34,5	5,6	0,0
Övr. utomnord. medb.	25,3	3,0	0,5
SOCIOEK. GRUPP			
Förtidspens./arbetslösa	29,7	8,3	4,4
Lägsta 1/3 inkomstgr.	23,3	5,0	1,7
Högsta 1/3 inkomstgr.	19,9	1,9	0,3

Källa: SCB:s ULF-undersökning 1996-97.

Det framgår av tabellen att den högsta andelen personer med besvär från tänderna i förhållande till ålder återfinns i gruppen 25–44 år. Det är också i den åldersgruppen som den högsta andelen som inte åtgärdat besvären finns och i den gruppen finns också högsta andelen som uppgett att de ej åtgärdat besvären av ekonomiska skäl. Lägre andel besvär från tänderna än samtliga i åldersgruppen 25–84 år uppger 75–84-åringarna samtidigt som andelen som ej haft råd att åtgärda besvären är låg. Den högsta andelen med besvär från tänderna finns bland de sydeuropeiska invandrarna följda av övriga utomnordiska invandrare. Inte heller i dessa grupper har man i någon större utsträckning behövt avstå från att

åtgärda besvären av ekonomiska skäl till skillnad från bland förtidspensionärer och långtidsarbetslösa, som är den grupp som har högst andel individer med ekonomiska barriärer för att efterfråga tandvård. En klar skillnad föreligger också mellan inkomstgrupperna vad avser besvär från tänderna och om man haft råd att åtgärda besvären.

Riksförsäkringsverket (RFV) genomförde enkätundersökningar avseende tandvårdsutnyttjandet under år 1998 och år 2000, *Tandvårdsutnyttjandet 1998 och 2000 – En uppföljning av tandvårdsreformen*. Undersökningspopulationen var individer i åldrarna 20–84 år i 1998-års undersökning och 19–83 år i undersökningen år 2000. Andelen som uppger att de besökt tandläkare/tandhygienist under det senaste året hade minskat något, från 78,1 procent år 1998 till 74,8 procent år 2000. I den lägsta inkomstklassen, dvs. bland dem som har en årlig inkomst lägre än 66 500 kronor, uppger drygt 40 procent av respondenterna att de inte besökt tandläkare under år 2000 jämfört med drygt 34 procent två år tidigare. I den högsta inkomstklassen, 232 001 kronor och däröver, har däremot andelen som inte besökt tandvården minskat med mer än två procentenheter.

Med utgångspunkt från åldersklasser är det 20–29 åringar som har det lägsta tandvårdsutnyttjandet. Drygt en tredjedel av de tillfrågade har inte besökt tandvården under det senaste året. Dock är det inte enbart i den åldersgruppen som tandvårdsutnyttjandet minskat utan en minskning jämfört med år 1998 har skett i alla åldersgrupper med den största förändringen hos dem som är över 65 år.

År 2000 uppger drygt 15 procent att de haft besvär från tänderna utan att söka behandling för detta, en ökning med nästan tre procentenheter jämfört med tidigare undersökning. Ökningen hänför sig till båda könen. Omräknat till befolkningen i åldrarna 20–83 år innebär det att det under år 2000 fanns drygt 980 000 personer som inte sökt behandling för sina besvär.

I åldersklasserna 20–29 år och 30–34 år är det drygt var femte av de tillfrågade som svarat att de avstått behandling trots att de haft behov. Lägst är andelen bland dem som är äldre än 65 år där endast omkring sju procent avstått från att söka vård för sina besvär.

Av dem som uppgett att de avstått från behandling hos tandläkare/tandhygienist under år 2000 uppger drygt 70 procent att de inte skulle klara en utgift för tandvård motsvarande 5 000 kronor.

Den egna ekonomin är uppenbart en viktig faktor i beslutet att besöka tandvården.

Förklaringar till det lägre tandvårdsutnyttjandet kan vara dels att debatten i media påverkat människor att inte besöka tandvården genom att fokusera på de prishöjningar som genomförts sedan år 1999, dels att de prisökningar som skett innebär att människor inte har råd att besöka tandvården.

I de sambandsanalyser som gjorts i flera steg visar analyserna i steg ett att det är större sannolikhet att besöka tandläkare/tandhygienist för individer som:

- Är äldre än 45 år.
- Är kvinnor.
- Ej har mottagit socialbidrag under undersökningsåret.
- Är födda i Sverige eller övriga Norden.
- Är gifta eller sammanboende.
- Vanligen besöker en privattandläkare.
- Ibland eller alltid blir kallad till undersökning av tandläkare/tandhygienist.
- Ingick i undersökningen 1998.

Analyserna i det andra steget visar att antalet tandläkarbesök är fler för dem som:

- Är äldre än 29 år.
- Har en disponibel inkomst som överstiger 70 000 kronor per år.
- Bor i ett län där antalet privattandläkare per invånare är högt.
- Har lägre utbildning än högskoleutbildning.
- Aldrig eller sällan blir kallade till undersökning hos sin tandläkare/tandhygienist.

RFV uppger att det är svårt att utifrån det analyserade materialet identifiera grupper i särskilt behov av ekonomiskt stöd för tandvård. Unga besöker dock inte tandvården lika frekvent som övriga och den subvention som införts på undersökningar för 20–29-åringar tycks inte utgöra det stimulansbidrag för tandvårdsbesök som det var menat att bli.

Att tandläkare använder sig av ett s.k. återkallningssystem där patienter regelbundet kallas till undersökning ökar sannolikheten att besöka tandläkare/tandhygienist. De individer som regelbundet

kallas till besök har, som det framgår av RFV:s undersökning, färre besök än övriga.

SCB:s ULF-undersökningar och RFV:s enkätundersökningar visar i stort sett likartade resultat avseende tandvårdsefterfrågan och ekonomiska hinder för att efterfråga vård. Samstämmiga uppgifter finns också i den bearbetning av SCB:s undersökningar av hushållens inkomster och utgifter (HINK) som Socialstyrelsen låtit göra.

Något motsägelsefulla uppgifter erhålls i den attitydundersökning kring aktuella frågeställningar som rör tandvård hos allmänheten som Sveriges Tandläkarförbund låtit utföra år 2001. Totalt genomfördes 1 000 telefonintervjuer. Urvalet motsvarar ett slumpmässigt riksrepresentativt befolkningsurval i åldrarna 17 år och äldre. Liknande attitydundersökningar har utförts tidigare, åren 1994 och 1997.

Resultaten visar att 78 procent är mycket nöjda med sin tandhälsa och 81 procent uppgav att de inte hade några besvär från munnen. Andelen individer med inga lagade tänder har ökat med tre procentenheter från 1994 års undersökning.

Nittiosju procent har besökt tandläkaren någon gång under de senaste 20 månaderna. Befolkningen går på regelbundna kontroller i ungefär lika stor omfattning som tidigare men intervallen mellan de regelbundna besöken har ökat. Andelen som enbart går vid akuta besvär har också ökat något.

Vad beträffar kostnaderna verkar de inte ha påverkat tandläkarbesöken i någon större omfattning och 78 procent uppger att de går lika ofta till tandläkaren som tidigare. Inte heller har man i någon större utsträckning avstått från behandling på grund av kostnaden. Avstått från behandling har endast fem procent av undersökningspopulationen gjort medan nio procent uppger att de skjutit upp tandläkarbesök/behandling på grund av priset.

Den genomsnittliga årskostnaden är mindre än 500 kronor för 25 procent av de tillfrågade. Höga tandvårdskostnader, dvs. över 5 000 kronor, uppger endast en procent av de svarande att de haft.

På frågan om man väljer att reparera en skadad tand för 4 000 kronor eller väljer att dra ut den för 1 000 kronor svarar 83 procent att man väljer att laga den medan åtta procent väljer att dra ut den. Motsvarande siffror år 1997 var 83 respektive 12 procent. Tandläkarbesök prioriteras också före besök hos optiker, reparation av bilen, besök hos frisören eller en semesterresa av

47 procent av de svarande. Åren 1994 och 1997 var motsvarande andel 50 respektive 47 procent.

I resultaten från HINK 1999 framgår att av samtliga intervjuade uppger 72 procent att de besökt tandläkare under år 1999. De lägsta besöksfrekvenserna återfinns i åldersgruppen 20–29 år och i åldersgruppen 75 år och däröver, där 60 respektive 59 procent uppger att de besökt tandläkare under året. En låg besöksfrekvens återfinns också hos dem med en låg inkomststandard. Bland personer med inkomst understigande socialbidragsnormen och arbetslösa uppger 59 procent att de besökt tandläkare under år 1999. Bland individer som haft socialbidrag under 1–9 månader, uppger hälften att de gjort tandläkarbesök.

På frågan om utgiftens storlek för tandvård påverkat dem så att de avstått från tandvård, svarar sex procent av samtliga svarande i HINK-undersökningen "Ja helt" och nio procent "Ja delvis". Andelen svar för "Ja helt" eller "Ja delvis" är högst för åldersgruppen 20–29 år, där andelarna är 12 respektive 14 procent. För åldersgruppen 75 år och däröver är andelarna tre respektive fem procent. Högsta andelen "Ja helt"-svar återfinns i grupperna ensamstående kvinnor med barn, utrikes födda som vistats 5–9 år i Sverige och arbetslösa, där omkring 20 procent avstått från tandvård av ekonomiska skäl.

Enkätundersökningen *Social equality and dental conditions – a study of an adult population in Southern Sweden* av Collin Bagewitz och medarbetare (2001) avseende tandhälsa och sociala faktorer hos 50–75-åringar i region Skåne, visade statistiskt säkerställda skillnader i tandhälsa och protesförekomst för ålder och utbildning. Att ha egna tänder och/eller fasta protetiska ersättningar och möjlighet att få regelbunden tandvård var mycket viktigt för majoriteten av de svarande. Också kostnaden för tandvård var mycket viktig för 52 procent, företrädesvis gällde detta för män, lågutbildade och för dem med avtagbar protes. Nio procent av de svarande upplevde ett behov av tandvård som de ej kunde få tillgodosett på grund av kostnaden och 18 procent hade en eller flera gånger avstått från tandvård av kostnadsskäl. De med avtagbara konstruktioner och lågutbildade dominerar här.

Av föreliggande studier framgår att bland påverkansfaktorerna för att av kostnadsskäl avstå från behandling är inkomsten en tydlig sådan. Åldern är en annan påverkansfaktor.

Beträffande utgifter för tandvård framgår av HINK 1999 att av de intervjuade har 35 procent uppgett en utgift på högst

500 kronor medan 36 procent har utgifter överstigande 1 000 kronor. Inga påtagliga skillnader mellan könen finns avseende tandvårdsutgifter. Däremot finns skillnader mellan de olika åldersgrupperna. Utgift för tandvård överstigande 5 000 kronor har sex procent av de tillfrågade. Andelen svarande med de högsta tandvårdsutgifterna stiger med ökande ålder. I åldersgruppen 75 år hade tio procent kostnader överstigande 5 000 kronor medan motsvarande andel i åldrarna 20–29 år var knappt två procent. Cirka två procent har uppgett att de inte haft någon utgift för tandvård under 1999. Högsta andelen återfinns bland 20–29-åringar, där nästan fem procent svarar att de ej haft utgifter för tandvård.

2.4.2 Tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan

Det övergripande politiska beslut om införandet av tandvårdsförsäkring som fattades i riksdagen efter förslag från 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring (SOU 1972:81) har haft en genomgripande betydelse för att många medelålders svenskar kunnat få omfattande restaureringar av tänderna till överkomliga kostnader.

Vid tidpunkten då tandvårdsförsäkringen genomfördes fanns hos stora delar av befolkningen ett omfattande och inte tillgodosett tandvårdsbehov. Utgångspunkten för tandvårdsförsäkringen var därför att den skulle gälla alla vuxna och omfatta alla typer av behandlingar. Med största sannolikhet har också tandvårdsförsäkringen, som infördes år 1974, bidragit till att alltfler äldre kunnat behålla de egna tänderna.

Utredningen är medveten om att det inte finns några undersökningar som klart visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan en tandvårdsförsäkring kan ha. Det är svårt att i aggregerade mätningar påvisa hälsoeffekterna av vårdinsatser. Det är också i detta sammanhang viktigt att skilja mellan att hälsoeffekter inte har påvisats och att sådana inte har förekommit. Det kan också noteras att annat än vårdens hälsoeffekter kan vara betydelsefulla för individens välfärd. Redan det förhållandet att man är tillförsäkrad subventionerad vård vid behov innebär en välfärdsvinst.

Att hälsoeffekter uppstått står oemotsagt mot bakgrund av att tandhälsan såväl bland barn och ungdomar som vuxna har för-

bättrats väsentligt under de senaste årtiondena. Enligt Socialstyrelsens rapport avseende tandhälsan hos barn och ungdomar åren 1985–2000 har andelen kariesfria ökat väsentligt i samtliga åldersgrupper. I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden framgår att förekomsten av helproteser har sjunkit mellan åren 1980/81 och 1996/97 från 12 till fyra procent hos män och från 16 till sex procent hos kvinnor. Även andelen vuxna som inte längre behöver bära avtagbara proteser utan har enbart egna tänder har ökat under den studerade perioden. Andelen som uppger att de har problem med att tugga hårda saker har också sjunkit väsentligt, framför allt i åldersgruppen 75–84 år, under samma period. Dessa data kan alla sägas vara mått på tandhälsan. De flesta människor har nu små eller måttliga behov av tandvård. För vissa mindre grupper, t.ex. invandrare och flyktingar samt sjuka och funktionshindrade, finns dock ett relativt stort vårdbehov som inte tillgodosetts.

Man måste vara medveten om att många faktorer varit starkt bidragande till det förbättrade tandtillståndet hos befolkningen. Effekterna av introduktionen av fluortandkräm och samhällstrenden med ett ökat hälsomedvetande är naturligtvis svåra att utvärdera men kan heller inte bortses från som faktorer som haft stor betydelse för tandhälsan och för att befolkningen så regelbundet besöker tandvården. Den stora satsningen på förebyggande insatser inom barn- och ungdomstandvården på såväl grupp- som individnivå har självfallet varit en starkt bidragande faktor till den goda tandhälsa som idag finns i ungdomsgrupperna och hos de yngre vuxna. Folk tandvårdens utbyggnad i glesbygd har medfört en jämnare fördelning av tillgången till tandvård, vilken också återspeglas i en mera utjämnad fördelning av tandhälsan. Även beslutet i riksdagen år 1973 om att förlänga den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården från 16 år till och med det år då man fyller 19 år har med stor sannolikhet påverkat tandhälsoutvecklingen i en positiv riktning.

Det är välkänt att förändringar av samhällets stödsystem av olika anledningar kan få individer att förändra sitt beteende. Det är möjligt att den förändrade inriktningen av tandvårdsstödet från och med den 1 januari 1999 påverkat beteendet med avseende på hur ofta man besöker tandläkare och vilka kostnader man väljer. Vid denna tidpunkt ökades stödet för s.k. bastandvård medan stödet för protetiska åtgärder minskades. Dock är det inte entydigt att de förändrade villkoren orsakat den minskade efterfrågan på tandvård som rapporteras i många studier. Som tidigare nämnts kan ett

genomslag av att tandläkarbesök numera görs med individrelaterade intervall, dvs. att individens tandhälsa och behov av tandvårdande insatser är avgörande för hur ofta man besöker tandvården, mycket väl vara det som återspeglas i den minskande besöksfrekvensen. Man kan naturligtvis heller inte bortse ifrån att det finns en risk att särskilt utsatta grupper avstår från vård på grund av avgiftens storlek. Vad de avstår från och vilka konsekvenser det får för deras hälsa på kort och lång sikt kan inte avgöras utan mera djupgående analyser.

Den något minskade efterfrågan på tandvård som redovisas i ett flertal studier pekar på att de som har sämre ekonomi avstår oftare. Enligt 1999 års undersökning om hushållens inkomster, HINK, uppgav närmare 15 procent, motsvarande en miljon personer, att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Till de särskilt utsatta hör ensamstående kvinnor med barn, utrikes födda som vistats 5–9 år i Sverige, socialbidragstagare, studerande med barn, arbetslösa, låginkomsttagare, personer med sjukbidrag och familjer som har barn med vårdbidrag.

2.4.3 Vårdbehov, vårdkonsumtion och vårdefterfrågan

Vårdbehov och vårdkonsumtion är sammankopplade begrepp och det kan ligga nära till hands att tro att en ökad genomsnittlig konsumtion måste bero på att befolkningens hälsotillstånd har försämrats och/eller att alltmer vård används för att tillgodose ett givet vårdbehov. Ett problem med en sådan, tillsynes logisk slutsats är att man vanligen tänker sig "vårdbehov" som något som faktiskt kan tillgodoses med vård. Med denna definition så ökar vårdbehovet när möjligheterna att tillgodose det ökar. Det betyder att en ytterligare tänkbar förklaring till den ökade vårdkonsumtionen är att det genom den odontologiska kunskapsutvecklingen har blivit möjligt att tillgodose ett behov som redan fanns men som inte tidigare kunde tillgodoses. Detta innebär att en stor del av det vårdbehov som tillgodoses i dagens tandvård inte kunde tillgodoses för en generation sedan och de betraktades då heller inte som vårdbehov. Hit kan behandling med dentala implantat efter förlust av egna tänder hänföras.

Kostnadsökningarna skulle med ett liknande resonemang i högre grad hänga samman med att dagens tandvård, med utgångspunkt i teknik- och metodutveckling, tillgodoser vårdbehov som tidigare

inte kunde tillgodoses än att kostnaden för att tillgodose ett givet vårdbehov har ökat. Genom nya behandlingsmetoder har också antalet behandlingsbara patienter ökat. Det är tydligt att man därvid också måste beakta att tandvården genom den odontologiska kunskapsutvecklingen förväntas tillgodose nya vårdbehov och att denna utveckling också kommer att innebära förändrade kostnader för att tillgodose ett givet vårdbehov. Sammantaget innebär detta att även om tandhälsotillståndet förbättras så kan vårdbehoven, i den innebörd vi vanligen använder detta ord, således öka. Kunskapsutvecklingen öppnar ständigt nya möjligheter att tillgodose behoven. Om den totala ekonomiska och personella resursramen inte ökar i samma takt som vårdkonsumtionen tenderar att öka torde det finnas ett viktigt skäl till att uppmärksamma prioriteringsfrågor också inom tandvården.

I hälso- och sjukvårdslagen liksom i tandvårdslagen fastslås att målet för vården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Konsumtionen borde därför i första hand tillgodose individuella medicinska/odontologiska behov snarare än vården förknippade med livsstil. Vid prioriteringsdiskussioner är det således viktigt att beakta skillnader i individuella preferenser kontra skillnader i individuella behov. I vilken grad vårdens mål uppnås kan, grovt förenklat, uttryckas i termer av i vilken utsträckning individens vårdbehov tillgodoses och inte i termer av i vilken grad individens preferenser tillgodoses.

Tandvårdskonsumtionen är emellertid inte enbart bestämd av efterfrågan utan också av utbudet. I ett system där producenterna inte har ekonomiska incitament att öka vårdkonsumtionen utan snarare har ansvar att prioritera vården torde överkonsumtion inte behöva uppstå. Hög tredjepartsfinansiering däremot får sannolikt avgörande betydelse för producenternas vårdvolym. Om patienterna endast drabbas av en liten del av merkostnaden kan det leda till att även sådana behov tillgodoses som, objektivt sett, är mycket små medan andra och större behov riskerar att trängas ut på grund av resursbrist. Man torde därför inte kunna bortse från utbudsidans betydelse för förändringar i konsumtionen.

2.4.4 Priserförändringar och tandvårdskonsumtion i Sverige och andra länder

Det finns en uppenbar risk att avgifter leder till att människor avstår från vård. Detta framgår av 1999 års undersökning om hushållens inkomster, HINK. Drygt tre procent av den vuxna befolkningen avstod helt eller delvis från sjukvård på grund av avgiftens storlek. Närmare fyra procent angav att de av samma skäl avstått från att hämta ut läkemedel utskrivna av läkare eller sjuksköterska medan hela 15 procent, motsvarande en miljon personer, uppgav att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Eftersom det huvudsakligen är inkomstsvaga som avstår från vård och läkemedel finns det därför skäl att särskilt uppmärksamma riskerna för utsatta grupper vid förändringar i avgiftssystemen. Även om avgiftshöjningarna inte är särskilt stora kan de ha kännbara effekter i de lägre inkomstskikten.

På lika goda grunder som man kan förutsätta att höjda avgifter kan leda till att människor avstår från vård kan man förutsätta att en väsentligt större bidragsdel till patienterna kan leda till en efterfrågeökning på vård. Det är därför troligt att det av riksdagen beslutade högkostnadsskyddet för kronor, broar och implantat för åldersgruppen 65 år och äldre från och med den 1 juli 2002 (prop. 2001/02:51) medför en ökning av tandvårdskonsumtionen. Högkostnadsskyddet innebär att patientavgifter begränsas till 7 700 kronor med tillägg för kostnaderna för material för personer över 65 år. Studier både från England och USA indikerar att tandvårdskonsumtionen ökar väsentligt vid hög eller total tredjepartsfinansiering.

Det finns ett flertal studier från de nordiska länderna, övriga Europa och från USA som behandlar sambandet mellan patientavgifter och tandvårdsefterfrågan. Av studierna behandlar flera effekterna av genomförda förändringar i tandvårdstaxorna i respektive länder. I Sverige har Socialstyrelsen belyst patientavgifter och värdefterfrågan i en rapport (SoS-rapport 2000:8). Rapporten tar upp sambandet mellan patientavgifter och läkarbesök, sambandet mellan egenavgifter och läkemedelskonsumtion samt priserförändringarnas inverkan på tandvårdsbesök och tandvårdskonsumtion.

Det kan utifrån dessa rapporter konstateras att patientavgifterna har betydelse för efterfrågan på tandvård, men avgifternas storlek har olika betydelse för olika grupper i befolkningen. Det är därför

angeläget att ur fördelningspolitiskt perspektiv analysera hur avgifterna påverkar olika befolknings-grupper.

Antal besök är ett lätt tillgängligt mått på tandvårdsefterfrågan men ger en starkt schematisk bild av vårdkonsumtionen utan att ta hänsyn till vilka insatser som gjorts vid besöken. Konsumtionen av tandvård ger ett mått på omfattningen av tandvård. Men konsumtionen bestäms inte enbart av patientens egna preferenser. Den professionella gruppen har inom tandvård liksom inom övrig hälso- och sjukvård ett stort inflytande på patientens val av åtgärder.

Vad gäller sambandet mellan faktiska prisförändringar och förändringar i antalet besök inom tandvården pekar nordiska studier på ett svagt eller negativt samband. I en studie från Norge över effekterna av subventionerad tandvård för ungdomar 19–20 år konstaterar Grytten och medarbetare (1996) att ett effektivt återkallningssystem torde vara effektivare än subventionering av individens kostnader för tandvård.

Studier från England av Yule och medarbetare (1988) tyder på att produktionen av tandvård minskat efter det att kostnaderna för patienterna för dyra behandlingar ökat. I två studier från USA visar Manning och medarbetare (1979, 1985) att personer med fri tandvård efterfrågade och konsumerade betydligt mer tandvård jämfört med dem som fick betala hela kostnaden själv. Exempelvis var tandvårdskostnaden 46 procent högre för dem som hade fri tandvård än för dem som betalade 95 procent av sin tandvård själva.

Socialstyrelsen har i en rapport år 1998 redovisat bl.a. kostnader och betalningsvillighet inom vissa landsting, *Rapport från en enkätundersökning om besöksfrekvens, attityder, kostnader och betalningsvillighet avseende tandvård inom vissa landsting*. Det föreligger tydliga skillnader i priskänslighet för olika behandlingar mellan olika inkomstgrupper. Medan 78 procent av alla tillfrågade var beredda att för en årlig undersökning betala 350 kronor, vilket var det undersökningspris enligt tandvårdstaxan som gällde vid studiens genomförande, var endast 66 procent av låginkomsttagarna beredda att betala så mycket. På frågan huruvida man var beredd att betala 6 500 kronor för en brygga svarade 56 procent av samtliga tillfrågade ja. Fördelat efter hushållsinkomst svarade 54 procent i den högsta inkomstgruppen ja men endast 32 procent av låginkomsttagarna.

Av denna studie liksom av ytterligare svenska, brittiska och amerikanska studier förefaller det vara helt klart att patientavgifterna får fördelningspolitiska konsekvenser och att individer

med de lägsta inkomsterna uppvisar störst priskänslighet. Undersökningarna pekar i övervägande fall på att det finns ett tydligt samband mellan pris och efterfrågan. Trots att tandvården brukar betraktas som mindre känslig för prisvariationer än allmänna konsumtionsvaror så är den sannolikt något mer priskänslig än övrig hälso- och sjukvård. Det beror med stor sannolikhet på att tandvård är ett område där det finns ett större utrymme än inom övriga områden för att anpassa eller skjuta upp vårdkonsumtion.

2.5 Forskning och utveckling

Den snabba utvecklingen av informationsteknologin har påverkat och utvecklat de flesta verksamheterna i samhället. Utvecklingen går mycket snabbt och informationsutbyte och kommunikation via internet betraktas som självklarheter. Möjligheter att integrera skriftlig patientinformation med digitala röntgensystem, fotografier och annan patientinformation är en realitet idag. Teleodontologins potential såväl vad gäller vård som personalutbildning är stor. Internet möjliggör också internationella kunskapsnätverk.

En tänkbar framtidsvision kan vara denna: Vårdens organisation effektiviseras genom olika datorbaserade system. Patienten bokar sina behandlingstider via "nätet". IT innebär också att tekniken inom tandvården förändras. Patienterna kommer i allt högre utsträckning att ta aktiv del i beslut som rör behandlingen. Plastkort med elektronisk patientinformation ersätter dagens patientbrickor och kommer i en framtid att kunna innehålla både patientjournal, röntgendokumentation och annan vårdokumentation. Även terapiplan och varje behandlingssekvens finns inprogrammerad, vilket innebär att när patienten kommer till kliniken registrerar hon sig via sitt kort. Eftersom samtliga behandlingar redan programmerats in får patienten med sig den färdigdukade och steriliserade instrumentbrickan till behandlingsrummet. Efter avslutad behandling tar hon den med sig och lämnar den i därför avsett fack på väg till väntrummet. Hela desinfektions- och steriliseringsprocessen sköts maskinellt via automation liksom uppdukning av brickan. Avancerat användande av VR (Virtual Reality) i samband med behandlingar gör personalens arbete lättare.

Bioinformatik blir ett begrepp. Redan idag ger ett blodprov svar på en rad sjukdomar och symptom. Ett blodprov kommer i framtiden att kunna visa om man har ökad predisposition för vissa

sjukdomar. och kan därför vara ett viktigt underlag för behandling innan symtom har visat sig.

Tandvården kommer att kunna använda sig av avancerad gen-teknik och en långt driven och individualiserad profylax. Strömberg och Johansson skissar i artikeln *Kariesgener och profylaktik på 2000-talet* i Tandläkartidningen (2000) ett sådant scenario. Författarna förutser att tandläkaren i en inte alltför avlägsen framtid skall kunna ta reda på om patientens genuppsättning innehåller anlag för karies, parodontit och andra sjukdomar med hjälp av ett DNA-chip. Chipet kan också analysera sammansättningen av mikrofloran i munhålan. Med denna information kan sedan tandläkaren individualisera behandlingen som också kan innefatta individuellt producerade läkemedel.

I en artikel, *Slutet för karies?*, i Tandläkartidningen (2002) diskuteras möjligheter att med genetiskt modifierade bakterier förebygga karies. Hillman och medarbetare vid University of Florida tror att man genom en enda behandling kan erhålla livslång reducering av syraattacker och kariesangrepp. Behandlingen går ut på att man låter en icke-önskvärd bakterie konkurreras ut av en genetiskt modifierad, mindre destruktiv version av samma bakterie. Man har skapat en bakteriostam som effektivt slår ut och ersätter en av de kariesframkallande bakterierna, och som till skillnad från den kariesframkallande inte reagerar med syraproduktion vid sockerintag.

Vävnads- och organodling kan i framtiden bli ett biotekniskt alternativ till dagen transplantationer. Idag är det bara möjligt att odla ben, brosk och hud men i en framtid anser forskare att det kan vara möjligt att odla mer komplicerade organ som njurar och tänder.

Den ständigt pågående utvecklingen av material och deras applikation i det terapeutiska arbetet kommer sannolikt att medföra en förfining av t.ex. vävnadsåterskapande metoder. Tandfyllningsmaterialen kommer också att förbättras i sökandet efter det ideala materialet och nya implantatsystem kommer fortlöpande att introduceras. En stor utmaning för tandvården blir att hålla personalen uppdaterad kunskaps- och kompetensmässigt för att de skall kunna möta patienternas krav på att få den mest "moderna" behandlingen. Patienternas krav kommer att medföra att nya, och oftast mera avancerade, metoder för diagnostik och behandling tas i bruk i snabbare takt än hittills.

2.6 Den medvetna patienten

IT kommer att spela en allt större roll inom hälso- och sjukvården, från att ge patienter kunskap om sin sjukdom och vara ett verktyg för omsorg i hemmet till att utgöra en kommunikationsplattform för sjukvården både lokalt och globalt. Detta gäller givetvis också för tandvården.

Det är omöjligt att idag uppskatta i vilken utsträckning Internet och den mobila telekommunikationen kommer att påverka samhället om tio år. Användningen tycks dock öka lavinartat och Teknisk Framsyns prognos pekar på att det kan finnas minst 500 miljoner Internetanvändare i världen år 2003.

Redan idag är Internets roll som informationsbärare mycket utbredd och kommer att ge nya möjligheter och ställa helt nya krav på patienten, vårdgivarna och andra verksamma inom vården. Från att ha varit hänvisad till en eller ett par lokala vårdgivare kan patienten få konsultation, köpa läkemedel och få upplysningar om var den bästa behandlingen finns via interaktiva tjänster och ratingsystem. Internet innebär att såväl vårdgivare som vårdkonsumenter kommer att ha tillgång till en global hälso-, sjuk- och tandvårdsmarknad. Detta medför helt nya utmaningar för dagens nationella sjuk- och tandvårdssystem. Samtidigt vet vi att det alltid kommer att finnas människor som står utanför informationssamhället liksom det kommer att finnas grupper som inte har möjlighet, kunskap eller förmåga att föra sin egen talan. Dessas intressen måste bevakas av landstingen, dvs. sjukvårds- och tandvårdshuvudmännen, för att garantera dem vård på samma villkor som kunskapsstarka grupper.

Vårdsökande i alla åldrar kommer att kunna välja vårdformer från ett brett utbud på en mer avreglerad vårdmarknad än dagens. Patientmakt i kombination med ett ökat internationellt utbud av vård och omsorg och en relativt hög beredskap att bekosta delar av sin vård med egna medel, vilket redan gäller inom tandvården, kommer att ställa helt nya krav på vården.

Morgondagens vårdgivare måste kunna möta de pålästa patienternas krav på behandling och erbjuda fler alternativ. En ljus bild är att ökade krav förbättrar både kvalitet och tillgänglighet för alla. En mera mörk bild är att starka patienter med mindre vårdbehov kommer att ta för sig av vårdens resurser på bekostnad av personer med större vårdbehov eller personer som inte ställer krav och håller sig väl informerade. Det är således av stor betydelse att vårdgivaren

har förmåga att arbeta utifrån ett resursfördelningsperspektiv och inte alltid i första hand tillgodose en enskild patients önskemål och krav. Det kräver både professionell kunskap om vad som förväntas av vården och alternativa vägar att uppfylla dessa förväntningar. Medborgarnas värderingar blir allt mer varierande och även detta kommer att ställa ökade krav på variation och mångfald i vården. Social kompetens kommer att tillmätas allt större betydelse hos vårdpersonalen och behovet att förstärka vårdutbildningarna med moment som handlar om möten och dialog med patienten är uppenbart.

Politikerna prioriterar mellan behoven, fastställer resursramar och beslutar om mål medan det ankommer på vårdgivarna och vårdpersonalen att i den praktiska vardagen genomföra besluten. Ju större kunskap om vårdens möjligheter befolkningen får och ju starkare ställning i hälso- och sjukvården den enskilde patienten får, desto större inflytande får också den enskilde att påverka fördelningen av resurserna. Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport *Sjukvården i Sverige 1998* att det inte längre är resursmässigt möjligt att genomföra allt som är medicinskt möjligt. Ett enhetligt synsätt när det gäller prioriteringar bör därför eftersträvas. Det gäller i lika hög utsträckning inom tandvården som inom övrig hälso- och sjukvård. Såväl offentliga och privata vårdgivare måste beakta detta och betydligt mer diskussion i etiska frågor inom detta område behövs.

2.7 Den sociala tryggheten i framtiden

En av de mest betydelsefulla delarna i det svenska välfärdssystemet är hälso- och sjukvårdssektorn. Utmärkande för den svenska hälso- och sjukvården, med undantag av tandvården, är att den nästan helt är samhällsligt ägd, att den är till största delen gemensamt finansierad med skattemedel och att den styrs demokratiskt genom politiska beslut i demokratiskt valda församlingar på lokal och regional nivå.

Vården möter människor när de är som mest utsatta och sårbara och står på många sätt för tryggheten i människors tillvaro och är en av få samhällssektorer som man kan komma i kontakt med dygnet runt. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för alla. Detsamma gäller också för tandvården.

Det finns idag inte något som tyder på att den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården inklusive tandvården skulle avstanna, snarare tvärtom. Det medför också att sjukvården kommer att kunna bota, behandla och ge lindring åt allt fler människor. Ändå kommer man inte att anse att behoven är tillgodosedda. I och med att Sverige får en allt äldre befolkning kommer kostnaderna för vård och omsorg att bli allt större. Många får vänta på behandling medan andra inte får den vård de skulle behöva. Sammantaget innebär det att oavsett den ekonomiska utvecklingen kommer samordning av samhällets resurser och prioriteringar att behöva göras i större utsträckning än nu.

En vanlig fråga hos människor idag är huruvida vården kommer att "räcka till" den dag de blir gamla eller allvarligt sjuka, en fråga som rymmer de allra flesta av vårdens svåra framtidsfrågor. Utöver att de ekonomiska resurserna är ändliga kommer sannolikt också brister i personaltillgången att utgöra begränsande faktorer. Stora pensionsavgångar under det kommande decenniet ökar rekryteringsbehovet.

Prioriteringsdelegationen konstaterar i sitt slutbetänkande *Prioriteringar i vården*, SOU 2001:8, att en av de viktigaste utmaningarna för det politiska systemet är att formulera riktlinjer för vad sjukvården bör ägna sig åt och vilken kvalitet vården skall ha. Man menar att om inga beslut fattas eller riktlinjer läggs fast, kommer prioriteringar ändå att ske, men då av vårdpersonalen och starka patientgrupper och utan öppenhet och enhetlighet. Man anser vidare att de politiska partierna och deras företrädare skall föra samtal om prioriteringar med dem som berörs av vårdens långsiktiga utveckling, dvs. inte bara med de redan vårdbehövande utan kanske snarare med den friska yngre befolkningen om de dilemman som ligger inbyggda i den framtida vården. Slutligen konstaterar man att det återstår mycket att göra innan prioriteringsprocessen och samtalen om etik är integrerade i sjukvårdshuvudmännens planerings- och budgetprocesser, i personal- och verksamhetsplanering och i vårdens vardag. I betänkandet anvisar delegationen ett antal vägar för det fortsatta arbetet. Dessa är inte till alla delar överförbara till tandvården men torde kunna utgöra ett viktigt diskussionsunderlag för tandvårdens egna frågeställningar avseende prioritering.

I tandvården kan en sådan diskussion kompliceras av den tudelning av sektorn som finns med nästan jämnstora delar offentlig och privat vård. En annan komplicerande faktor är att så stor del av

vårdens finansiering avseende tandvård ligger på den enskilde i form av egenavgift.

2.7.1 Vårdens framtida finansiering

Under överskådlig framtid kommer sannolikt det svenska sjukvårdssystemet att vara utformat som idag, dvs. huvudsakligen offentligt drivet, demokratiskt styrt och till absolut största delen finansierat med offentliga medel och därigenom allas egendom. Man kan emellertid inte bortse ifrån att patienten i framtidens vård kommer att stå i fokus i mycket större utsträckning än idag genom att hon är påläst och krävande, har fått "kundstatus" och också styr mer över sina tillgångar på en avreglerad marknad. Den snabba utvecklingen av nya terapier och teknologier tillsammans med en vårdkonsumtion som ökar i takt med den ökade äldre befolkningen kan medföra att kostnadsökningarna blir lavinartade för sjukvårdens huvudmän. Finansieringen kan komma att behöva ses över och alternativ med varierande grad av privat finansiering, t.ex. försäkringar, beaktas för delar av sjukvården som läggs utanför dagens solidariska finansiering. Exempelvis kan privata avgifter bekosta tilläggsvård och läkemedel som inte den offentliga sjukvården anser sig ha råd med. Det är mindre sannolikt att större andel av vårdens finansiering läggs på den enskilde individen i form av ökade egenavgifter/privata försäkringar eftersom man då riskerar ökade klyftor mellan grupper av individer i samhället.

2.7.2 Finansiering av tandvård i framtiden

Det reformerade tandvårdsstödet, som infördes år 1999, har fått utstå hård kritik främst för förändringen av högkostnadsskyddet som innebar en väsentlig kostnadshöjning för de flesta patienter som behövde helproteser, partiella proteser, kronor, broar eller implantat. I den proposition, prop. 2001/02:51, som regeringen lagt till riksdagen avseende en bättre tandvårdsförsäkring för äldre föreslås att kronor, broar och implantat skall kosta högst 7 700 kronor, exklusive kostnaden för gjutmetaller och visst annat material, för patienter från och med det år då de fyller 65 år. I propositionen anges också att det vore önskvärt med ett högkostnadsskydd för all tandvård för alla vuxna men att de ekonomiska förutsättningarna

för en sådan reform ännu inte finns. Riksdagen har följt regeringens förslag som genomförs den 1 juli 2002.

Om justeringar av förmånssystemet i form av höjda egenavgifter för patienterna skulle behöva vidtas eller andra inskränkningar göras, t.ex. att försäkringen inte alls eller endast delvis ersätter vissa behandlingar, är det troligt att privata försäkringslösningar, som bl.a. ersätter tilläggsvård, åter kommer att diskuteras. Om de kraftiga prishöjningarna som vårdgivarna kontinuerligt genomfört från och med år 1999 fortsätter, kan detta leda till att staten tvingas minska försäkringsersättningens andel av tandvårdskostnaderna.

I de övriga nordiska länderna finns privata försäkringar som helt eller delvis täcker tandvårdskostnaden. I Sverige har lokala fonder med de fackliga organisationerna som en form av försäkring börjat växa fram på arbetsplatser.

Vilken betydelse domen i regeringsrätten, meddelad i Stockholm den 26 mars 2002, avseende beskattning för förmån av fri tandvård kommer att få för tandvården i framtiden är svår att förutsäga. I domen klargörs att en enskild person inte skall beskattas för förmån av fri tandvård, under förutsättning att någon ersättning för den tandvård som omfattas av förmånen inte lämnas enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

2.8 Verksamhetens struktur

2.8.1 Scenarier om framtidens hälso- och sjukvård

Den demografiska utvecklingen i industriländerna utgör såväl problem som möjligheter för vårdsektorn. Var femte svensk var år 2000 över 65 år och denna grupp kommer att utgöra en växande men också attraktiv marknad för alla aktörer inom vården.

Kompetensbehoven påverkas av de förändringar som sker i omvärlden. För att kunna bedöma dessa förändringar krävs en omfattande omvärldsanalys.

Under år 1998 genomförde landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland ett projekt med fokus på framtida kompetens inom hälso- och sjukvård/tandvård. Projektet presenteras i rapporten *Norrsyn 2010* (1999). Huvudsyftet var att med utgångspunkt från alternativa framtidsbilder skapa underlag för bedömning av framtida kompetensbehov och föreslå åtgärder

för att möta dessa behov. Man ville dessutom utveckla kunnandet vad gäller framtidsfrågor samt finna nya regionala samarbetsformer. I rapporten presenteras fem olika scenarier samt ett stort antal rekommendationer som rör kompetensförsörjning på kort och lång sikt. Många av förslagen handlar om ett förändrat ledarskap, karriärutveckling, nya arbetsformer, nytänkande och ny organisation.

Ett liknande projekt som *Norrsyn 2010* har också genomförts i Landstinget i Kalmar län, *Kompetens 2010*. Även här har man arbetat med utgångspunkt från scenariometodik med syftet att belysa de kommande tio årens kompetensbehov. Elva olika scenarier presenteras och rapporten utgör ett av underlagen i landstingets projekt avseende kompetens- och personalförsörjning år 2005. I den sammanställning av idéer som tagits fram ingår såväl kompetenser som man bedömer att det kommer att behövas mer av som sådana som det kommer att behövas mindre av samt behov av nya kompetenser. Projektet kommer att bearbeta de idéer som kommit fram för att prioritera vad som behöver vidareutvecklas.

Teknisk Framsyn är ett nationellt projekt som vill skapa insikt och visioner om teknikutvecklingen under de närmaste 10–20 åren. Projektet vill också visa på lämpliga inriktningar för utbildning, forskning och utveckling som kan bidra till att främja det svenska samhällets utveckling. Under år 1999 har åtta s.k. paneler studerat olika framsynsområden. Ett av dessa framsynsområden var Hälsa, medicin och vård. I slutrapporten, *Teknisk Framsyn, Hälsa, medicin och vård* (2000) konstateras att svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar, vilka kräver förutseende politiska beslut. Man listar ett antal drivkrafter för en positiv utveckling och motkrafter som kan störa en sådan.

Exempel på drivkrafter:

- Stora framsteg inom medicinsk behandling och vårdpedagogik som leder till en friskare befolkning, samtidigt som allt fler när en högre ålder och först sent i livet blir tunga vårdkonsumenter.
- Nya landvinningar inom informationsteknologin gör vård och information om vård mer lättillgänglig.
- Aktiva och välinformerade patienter kommer på sikt att öka kvaliteten och utbudet av hälso- och sjukvård.

- Sveriges fördelar på en global vårdmarknad är bl.a. hög utbildningsnivå, samlad statistisk kunskap om befolkningens sjukdomsmönster och väl fungerande demokrati.

Som motkrafter förs bl.a. fram:

- Politisk oenighet om viktiga frågor som leder till uppskjutna eller ständigt förändrade beslut.
- Begränsade ekonomiska resurser och svårighet att prioritera.
- Generationsmotsättningar när allt fler äldre skall försörjas av allt färre yngre.

Vad gäller utbildning och arbetsmarknad konstateras i rapporten att vården kommer att bli en allt större tjänstesektor. Det kommer att krävas välutbildade människor inom såväl forskning som omvårdnad.

Även i denna rapport lyfter man frågan om behov av nya kompetenser. Om tjugo år bedömer man att många nya vårdutbildningar skapats där viktiga ämnen är ledarskap, beställarkompetens och säkerhetsanalys. Nya yrken växer fram inom vårdbranschen, exempelvis "mäklare" mellan vårdproducenterna och patienterna, eller "tolkar" mellan avancerade tekniker och vårdpersonal. Etikfrågor kommer att ta stor plats i utbildningarna, liksom specialisering mot äldre vård.

Ett nyckelbegrepp i framtidens hälso- och sjukvård är ökad patientmakt. Patientmakt, patient empowerment, har om tjugo år blivit ett självklart begrepp som både vårdforskning och behandling kommer att utgå ifrån. Drivkrafterna bakom denna utveckling är många. Hit räknas ett stort utbud av information, ett ökat intresse för hälsovård och den stora gruppen 40-talister som inte accepterar att de inte får den vård de anser sig ha rätt till på sin ålderdom.

Finansieringen av framtidens hälso- och sjukvård bedömer man som problematisk. Mycket stora utmaningar väntar den svenska sjukvården inom den kommande tjugoårsperioden. Styrning och organisation av sjukvårdssystemet kräver stora insatser för att möta strukturomvandlingar och omvärldsförändringar men den viktigaste frågan för samhället att ta itu med idag är finansieringen.

I rapporten skissas också på en ny modell för hälso- och sjukvård, där specialisering och diversifiering ökar.

2.8.2 Tänkbara strukturförändringar inom tandvården

Tekniska framsteg och marknadsutvecklingen under de kommande tio till femton åren kommer naturligtvis att påverka verksamhetens struktur inom tandvården. Den snabbt ökande kunskapsmängden inom biomedicinsk forskning, visioner om framtida möjligheter och teknikutveckling hänger starkt samman med strukturomvändningar inom de offentliga välfärdssystemen, politiska trender och Sveriges anpassning till omvärlden – framförallt EU. Vi måste därför skaffa oss handlingsberedskap för att kunna hantera ökade globala influenser och tekniska förändringar och försöka förutse vilka förändringar av struktur och arbetssätt som kommer att behövas i tandvården. Att möta ökade behov och större möjligheter inom ramen för begränsade resurser är stora utmaningar inom all hälso- och sjukvård.

Om vi går mot en globalisering och en koncentration i strukturen kan det innebära att det blir ett fåtal företag som dominerar, företag som kan bestå t.ex. av vårdproducenter, medicintekniska företag, läkemedelsföretag och försäkringsbolag som fusionerat. Forskning och utveckling bedrivs vid ett antal nationella och internationella centra, lokaliserade till de mest prestigefyllda universiteten och högskolorna. Dessa är också kopplade till hög-specialistcentra, där den mest specialiserade vården är förlagd. Via telekommunikation förs information och kompetens från dessa centra. Konsumenterna har visserligen tillgång till omfattande information på nätet men på grund av storföretagens dominans på marknaden är konsumentmakten obetydlig. Verksamhetens struktur är differentierad och kan beskrivas som mega-mini. Mega står här för högspecialiserade expertcentra med högteknologisk behandling medan mini betecknar den lokala vården i mindre enheter. Verksamhetens innehåll är homogen och standardiserad, styrd av de stora företagskonglomeraten. Patienterna kan söka vård inom hela det utvidgade EU men de flesta söker dock vård på hemmaplan. Den gemensamma arbetsmarknaden är en verklighet och utbildningarna i olika länder är harmoniserade.

Med en globalisering och en mångfald i strukturen kommer en mångfald av aktörer inom olika branscher att finnas. Det finns många vårdgivare, såväl offentliga som privata, stora och små, vilka samarbetar på olika sätt men ändå är självständiga. Mångfalden gör att traditionella centralistiska organisationsformer försvunnit och ersatts av nätverket, vars organisationsform bäst klarar kraven på

flexibilitet och anpassning till förändringar i omvärlden. Nätverket möjliggör på samma gång decentralisering och strategisk samverkan dvs. allianser mellan aktörerna just på de områden där sådan behövs. Att arbeta med gemensamma värderingar och uppfattningar är viktigt. Internets utveckling är av avgörande betydelse för tillgång till patientinformation och tandvårdsupplysning. Det finns effektiva och säkra system för bildöverföring, journaler och undersökningssvar, kontakter mellan olika vårdformer och teleodontologi. Forskning och utveckling bedrivs också i nätverk. Kliniska högspecialistcentra är snarare funktionella än organisatoriska enheter och de främsta klinikerna arbetar i nätverk och kan ta hand om den mest högspecialiserade vården på flera ställen. Inte bara rutinverksamhet utan även spetskompetenser är starkt decentraliserade. Den gemensamma arbetsmarknaden och patientens rätt att söka vård över nationsgränserna är en verklighet på samma sätt som i det tidigare beskrivna scenariot. Verksamhetens innehåll är diversifierad och olika producenter försöker anpassa sig till efterfrågan inom de ramar finansieringsformen ger och verksamhetens struktur är uppbyggd kring samverkan i nätverk.

Geografisk närhet och mångfald i strukturen är ytterligare ett tänkbart scenario. På regional nivå finns förutsättningar att bygga upp den bas som kan stödja den lokala utvecklingen medan konkurrensen mellan regionerna stimulerar till uppfinningsrikedom. Det finns en mångfald av aktörer inom de olika regionerna och mångfalden har gynnat nätverket som organisationsform eftersom dess flexibilitet underlättar en anpassning till de regionala variationerna. Det finns stora skillnader mellan regionerna. De stora blomstrande regionerna drar till sig människor, kanske i samband med högre studier. Dessa stannar kvar, forskar och går ut i arbetslivet i regionen och bidrar till att regionen får allt fler invånare med stor betalningsförmåga som i sin tur genererar ett stort skatteunderlag som kan bära upp en egen organisation även på högspecialiserade områden. Andra, mindre regioner och orter, får nöja sig med sämre vård och vårdutbud. För att komma i åtnjutande av mer avancerad vård blir man tvungen att resa till de största städerna, där utbudet finns. Det finns både en global och en lokal marknad. På den globala marknaden säljer man kunskap och på den lokala efterfrågar man lokala varor och tjänster, dit bl.a. större delen av hälso- och sjukvården och tandvården hör även om man kan söka vård i hela det utvidgade EU. Tjänsterna som bjuds ut är i viss mån anpassade till efterfrågan och individuella önskemål.

Verksamhetens innehåll är diversifierad, framför allt mellan regionerna. Verksamhetens struktur varierar från regioner som har en fullt utbyggd service baserad på samverkan i nätverk mellan små enheter till andra som inte själva klarar av att bygga upp en fullständig service.

2.9 Vårdmodeller – arbetsfördelning inom teamet

2.9.1 En förändrad yrkesroll

Det finns en uppenbar risk för att rekrytering av personal inom vård och omsorg, där tandvård ingår, blir allt svårare. Lönen är en faktor i ett yrkesval, men lika viktigt är det att kunna påverka, ställa krav och att vidareutvecklas. Framtida personal- och kompetensstruktur måste balanseras mot vad som är realistiskt möjligt. Utmaningen de närmaste åren är att få till stånd en effektivare blandning av kompetenser och en ökad samverkan mellan yrkesgrupper så att samtligas reella kompetens kan tas tillvara bättre. Ändrad arbetsorganisation och personalstruktur samt ändrat arbetssätt bör kunna öka tillgängligheten till vård för patienterna.

2.9.2 Team och teamarbete

Det grundläggande kännetecknet för ett team är att gruppen har gemensamma mål och syftet med att arbeta i team är att åstadkomma mera tillsammans än som enskilda individer. Olhede ger i sitt examensarbete i folkhälsovetenskap *Kompletterande team i tandvården. En enkätundersökning om arbetsfördelningen inom tandvårdsteamet hos tandläkare i Sverige* (MPH 2002:3, Nordiska Hälsovårdshögskolan), dels en bakgrund till teamarbete och en historisk återblick beträffande utvecklingen av teamarbete inom tandvården, dels en redovisning av arbetsfördelningen mellan personalgrupper i tandvården idag. Samarbetsmöjligheter inom tandvårdsteamet beskrivs närmare i kapitel 4, Tandvårdens struktur.

2.9.3 Arbetsorganisatoriska modeller

I mitten av 1980-talet förekom intensiva diskussioner inom svensk tandvård om hur arbetsfördelningen skulle vara mellan tandläkare och tandhygienister. Samtidigt startade ett antal projekt inom folktandvården med s.k. teamtandvård där även tandsköterskor i viss utsträckning arbetade direkt med patienter. I landstinget Dalarna ansåg dåvarande tandvårdschefen Hannerz att tandhygienister i större utsträckning borde kunna arbeta självständigt med patienter samtidigt som de klarade att assistera tandläkaren i dennes patientarbete. Detta var bakgrunden till den s.k. *Gustafsmodellen*, som tillämpades vid folktandvården i Gustafs.

Gustafsmodellen, ett försök som pågick åren 1987–1993, har utvärderats av Socialstyrelsen år 1995 i en rapport *Framtidens tandvårdsteam? Försöksverksamhet med tandhygienister i Gustafs*. Syftet var att undersöka om en organisation av arbetet vid en allmän-tandvårdsklinik baserad på låg tandläkarinsats och en hög insats av tandhygienister kan underhålla en patientpopulation med tandvård. Tandvården skulle vara ekonomiskt konkurrenskraftig för patienterna samtidigt som den skulle vara landstings- och samhälls-ekonomiskt försvarbar. Vidare skulle den ge låg sjukdomsprogression i alla åldersgrupper och tillfredsställa patienternas behov av och efterfrågan på reparativ och protetisk behandling.

Utvärderingen visade att tandhygienisterna självständigt kan undersöka och ta ställning till vilka underlag för diagnostik som behövs före en kompletterande tandläkarundersökning och att de också självständigt kan ansvara för de regelbundna tandvårdsbesöken teamsammansättningen är den idealiska ger försöket inget besked om. Sammansättningen måste utformas med utgångspunkt från patientklienteletets sammansättning och teamets personliga förutsättningar. Beträffande tandhälsa konstateras att man i barn- och ungdomsgrupperna fick hälsovinster i form av minskad kariesförekomst i samtliga åldersgrupper till skillnad från vuxenklinetelet. Positiva tendenser till en god hälsoutveckling kunde dock avläsas ur materialet och produktionskostnaderna var desamma som vid konventionellt arbetsätt.

Gustafsmodellen har fått efterföljare såväl inom privat verksamhet som inom folktandvården.

Selmakliniken i Göteborg är också ett försök att skapa en klinikorganisation som är mer anpassad till framtidens förutsättningar. Med utgångspunkt i att tandhälsan hos barn och ungdomar fort-

sätter att förbättras, framtidens unga vuxna kommer att ha ett relativt litet behov av tandsjukvård sett till hela populationen och att tandhälsan även för vuxna har förbättrats har man byggt upp en klinikorganisation bestående av team. Varje tandläkare är ledare för ett team i vilket ingår förutom tandläkaren en tandsköterska och tre tandhygienister. Teamen är organiserade i två arbetslag och arbetslagen schemaläggs så att det alltid pågår patientbehandling i samtliga behandlingsrum under klinikens öppettider. Detta möjliggör att varje arbetslag har 20 procent av sin arbetstid som schemalagd, icke stolsbunden tid. I den s.k. "plustiden" ingår administrativ tid, kontakter med skolor, extern verksamhet, utbildning m.m.

Patienten vid Selmakliniken kommer primärt till tandhygienisten som undersöker patienten på eget legitimationsansvar och därefter kallar på tandläkaren, som är inbokad i tidboken. Tandläkaren kompletterar undersökningen i de delar tandhygienisten saknar kompetens. Därefter genomför de gemensamt terapiplanering och riskgruppering av patienten. I de fall patienten enbart är i behov av enkla, mindre tidskrävande ingrepp, assisterar tandhygienisten tandläkaren vid ingreppet efter att ha förberett behandlingen och lagt bedövning samt avslutar behandlingen med att utföra fyllningen. Om patienten däremot skall genomgå mera tidskrävande och komplicerad tandvård får patienten en ny tid varvid tandläkaren arbetar med assistans av tandsköterskan.

För tandläkarens del har arbetet förändrats till ett öppnare och rörligare arbete där samarbete, lagledning och tandläkarens specialiserade kunskaper kommer till sin fulla rätt. Teamens personalsammansättning behöver inte vara given en gång för alla. I takt med att tiden går kommer de friskare generationerna att utgöra en allt större del av populationen. Redan om tio år utgörs halva befolkningen av dessa generationer som kan förväntas ha ett fortsatt litet behov av tandsjukvård.

Pridekonceptet utgör också ett sätt att använda såväl personal som lokaler på ett sätt som till viss del påminner om Selmakliniken. Pridemodellen har framför allt blivit en modell som används av privattandvården. Både Pridemodellen och Solo-groupkonceptet beskrivs närmare i kapitel 4, Tandvårdens struktur.

2.10 Service och tillgänglighet

Enligt tandvårdslagen (1985:125) skall varje landsting erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall också se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Planeringen skall även avse den tandvård som erbjuds av annan än landstinget.

För att uppfylla det lagstadgade ansvar som åligger landstingen, är det viktigt att ha kunskaper om bl.a. demografiska förändringar. Man måste samverka med de privata vårdgivarna och vara förberedd på att kunna anpassa den egna organisationens storlek vad avser personal, klinikernas antal och storlek och samtidigt hitta lösningar till hur man skall kunna erbjuda tandvårdsservice till alla också i en allt mer glesnande glesbygd.

2.10.1 Mobila tandkliniker

Organiserad tandvård bedrevs i Sverige långt in på 1900-talet huvudsakligen i städerna där också den sociala tandvården etablerades först. På 1910-talet fanns endast tre av ett trettiotal skoltandkliniker på landsbygden. Mest missgynnad var befolkningen i glesbygdslänen. Det var inte enbart en ekonomisk fråga utan det förelåg också en brist på tandläkare, insikten om tandhälsans betydelse för allmänhälsan var dålig och det var svårt för patienterna att ta sig till tandläkaren. Det fanns således ett stort behov av att finna nya modeller för att tillgodose befolkningens behov av tandvård.

Utomlands hade redan olika former av uppsökande verksamhet på tandvårdsområdet etablerats. Tyskland var ett föregångsland beträffande skoltandvård och redan år 1910 hade en hästanspänd rullande tandklinik konstruerats i Dortmund. En historisk återblick vad avser mobila tandkliniker finns i häfte nr 2 i Serie om tandvårdens utveckling *Mobila tandkliniker – en historisk återblick* (Bäckman, Grahnén, Ollinen & Persson, 1986).

I Sverige insåg man tidigt att ambulera tandklinker i någon form var nödvändigt för att kunna lösa skoltandvårdsfrågan. Röda Korset hade i slutet av 1920-talet startat "ambulatoriska/stationära"

tandkliniker på landsbygden. År 1930 fick Röda Korset en rullande tandklinik, en trailer, som gäva från Los Angeles. Initiativtagare till gåvan, som kunde realiseras tack vare en insamling bland svensk-amerikaner i Los Angeles, var inspektören för skolhälsovården i området, svensk-amerikanen Lokrantz.

Trailern som kom att placeras i Dorotea i Västerbotten, var dock för stor och klumpig för att man skulle kunna flytta den från skola till skola, vilket först var tänkt, och blev därför stationär där. Dock beslöt man inom Röda Korset att utrusta en tandvårdsbuss som var mera lämplig för svenska förhållanden, en buss som blev ett led i Röda Korsets omfattande verksamhet för rationell tandvård i glesbygd.

Dessa första mobila kliniker har fått många senare efterföljare, tandvårdsutrustningar inmonterade i och anpassade för bussar, husvagnar, bilar och även båtar. Idag finns också kompletta små bärbara tandvårdsutrustningar, som lätt kan transporteras i en vanlig personbil. Dessa nyutvecklade transportabla utrustningar kan monteras upp i vilken lokal som helst där tillgång till elektricitet finns.

2.10.2 Den mobila tandvårdens möjligheter

Flyttbara kliniker gör det möjligt att låta tandvården komma till patienten. Mobila/portabla tandläkarkliniker kan användas för att nå i stort sett hela befolkningen. Rätt utrustad kan i princip alla typer av tandvård bedrivas med den mobila/portabla utrustningen. Det är dock av största vikt att den mobila utrustningen uppfyller alla de krav på kvalitet, säkerhet, miljö, hygien och ergonomi som ställs på motsvarande stationär utrustning.

I Västerbottens läns landsting, där man hade satsat på en tandvårdsbuss för tandvård i glesbygd, genomfördes en studie med syftet att undersöka om mobila tandkliniker kan ge fördelar för landsting och skolor i samband med behandling av skolbarn. En utvärdering presenterades 1987 av Bergmark, Lindgren och Wigren, *Mobila tandkliniker – en resurs i barntandvården?* Studiens uppgift var bl.a. att jämföra tidsåtgång vid behandling av skolbarn i mobil klinik respektive hemmaklinik. Författarna konstaterade att tidsvinsten per elev var större vid behandling av högstadieelever än vid behandling av låg- och mellanstadiebarn när man jämförde tidsåtgången vid den mobila kliniken med tidsåtgången för kontroll-

barnen, som behandlades på en stationär klinik. Även om mera noggranna ekonomiska beräkningar inte kunnat göras vid jämförelse mellan de båda klinikformerna kan man ändå uttala sig om att tidsvinsten, om den använts för vuxentandvård, skulle inbringat en stor extraintäkt. Författarna konstaterar också att användning av en mobil klinik i större omfattning kräver tid för samordning och planering, något som bör bli mindre tidskrävande ju mer den utnyttjas och rutiner växer fram. Detsamma gäller tiden för iordningställande när kliniken byter uppställningsplats. Beträffande framtidsmöjligheter anser författarna att man vid alla högstadies- och gymnasieskolor bör få samma tidsbesparing som nu erhöles vid det begränsade försöket och att ett rationellt sätt att använda en mobil klinik skulle vara att använda den vid de skolor där barnen har den längsta och besvärligaste färdvägen till en fast klinik eller där man vet att uteblivande från elevernas sida är frekvent förekommande.

Utvärdering av de nyare specialutvecklade klinikerna visar också att metoden är mycket framgångsrik när den ses som ett komplement till den stationära kliniken. Vid placering på skolor i flera landstingsområden rapporterar man entydigt samma resultat, nämligen en avsevärd minskning av medelbehandlingstider jämfört med den stationära kliniken. Genom att utföra vissa behandlingsåtgärder i skolans lokaler frigörs värdefull kliniktid vid den stationära kliniken och för skolan, eleverna och föräldrarna innebär mobilvårdsmodellen minskad frånvaro från undervisning respektive arbete.

Flyttbara kliniker har också prövats i äldreomsorg och även här visar resultaten på en stor minskning av medelbehandlingstider. Detta bekräftas både av privata vårdgivare och offentliganställda, som prövat att arbeta vid en mobil tandklinik. Fördelarna för de äldre är att slippa besvärliga resor och inom äldreomsorgen finns möjligheter till besparing genom minskat behov av personalkrävande transporter.

Också studier som utförts vid ett flertal företag där flyttbara kliniker varit placerade, pekar på vinster såväl för den enskilde som för företaget.

2.11 Omvärldsfaktorernas betydelse för personalförsörjning

Medlemskapet i EU har öppnat en stor arbetsmarknad och svensk tandvård står inför en stor utmaning nämligen personalförsörjning. Framtidens arbetsmarknad kommer att präglas av hög rörlighet, färre "fasta" arbeten, ökad specialisering och större löneskillnader. Om tandvården skall vara en attraktiv arbetsmarknad måste personalen kunna erbjudas varierande, stimulerande och utvecklande arbetsuppgifter, hälsosamma arbetsplatser där man arbetar med modern teknik, goda utbildningsmöjligheter, bra lönesättning och god löneutveckling. Klarar inte tandvården detta kommer den inte att vara ett alternativ för presumtiva studenter.

En höjning av tandvårdsyrkenas status skulle troligen bidra till en lösning av den fundamentala frågan hur man skall få ungdomar att söka till tandvårdsutbildningar. Rekryteringsbasen till sådana utbildningar kommer med stor sannolikhet att krympa ännu mer på grund av attraktionskraften från andra utbildningar som studenten uppfattar t.ex. kan ge bättre karriärmöjligheter på en global marknad.

Karriärmöjligheter är en viktig fråga för de yngre tandläkarna. I en enkätundersökning som Sveriges Tandläkarförbund genomfört till tandläkare som examinerades åren 1998 och 2000 framgår att mer än hälften av dem som examinerades år 2000 planerar att bli specialister. En stor del uppger också att de har för avsikt att satsa på en forskarkarriär. Forskarkarriär var däremot inget som hägrade i någon större utsträckning för de tandläkare som examinerades 1998 medan intresset att bli specialist redan fanns, om än i mindre omfattning än hos dem som examinerades år 2000. Samma bild framkommer även vid utredningens egen intervjuundersökning (bilaga 4, Morgondagens tandläkare).

Tillsammans med effektivisering av tandvården gör den fria prissättningen det möjligt att planera för upprätthållandet av god utrustningsstandard, ny teknik och förbättrad arbetsmiljö i syfte att erbjuda patienterna bästa vård och personalen goda arbetsförhållanden och utvecklingsmöjligheter.

Redan idag har folktandvården i landet problem med omfattande vakanser. Vakansläget kartlades av Socialstyrelsen i november 2001 varvid det framgick att det saknas 243 tandläkare i folktandvården i landet. När kartläggningen upprepades i mars 2002 var läget ungefär detsamma. Man uppger att man skulle kunna anställa drygt

230 tandläkare inom Folk tandvårdens allmäntandvård och drygt 70 specialister.

En enkät som genomfördes i samråd med Socialstyrelsen och Sveriges Privattandläkarförening avseende möjligheter att ta emot nya patienter visade att flertalet privattandläkare kunde ta emot nya patienter. Nästan 90 procent uppgav att de kunde ta emot nytilkommande patienter inom tre månader och 55 procent uppgav att nytilkommande patienter kunde tas emot omedelbart. Svaren gav emellertid inget besked om det var enstaka eller många patienter som kunde tas emot.

Av enkäten till privattandvården erhålls emellertid ingen information huruvida den extra kapaciteten finns på de orter där resursbrist råder inom folktandvården. Den extra kapaciteten inom privattandvården är sannolikt koncentrerad till tätorter medan vakanserna inom folktandvården företrädesvis finns i glesbygd.

Tandvårdens dilemma accentueras dessutom av de stora pensionsavgångarna. Sedan år 1990 har antalet yrkesverksamma tandläkare reducerats med nästan 1 900 till cirka 7 500. Under den närmaste tioårsperioden kommer tandläkarkåren att reduceras ytterligare. 1 800 tandläkare uppnår under perioden nuvarande pensionsålder 65 år. Det bör noteras att en stor del av dem redan lämnat yrket av olika skäl eller har sin yrkesverksamhet förlagd till annat land än Sverige. Den stora pensionsavgången skulle inte kompenseras fullt ut med tillskott av nyutexaminerade tandläkare med det nuvarande utflödet från tandläkarutbildningarna ens om samtliga skulle välja att bli yrkesverksamma i Sverige.

När det gäller tandsköterskekåren finns inga mera exakta uppgifter över antalet. Landstingen har drygt 8 000 anställda tandsköterskor. Utredningen har med ledning av denna uppgift uppskattat antalet till 14 000 yrkesverksamma tandsköterskor i landet. Tandsköterskekåren är åldersmässigt jämförbar med tandläkarkåren, vilket skulle innebära att drygt 3 000 tandsköterskor uppnår pensionsåldern under den närmaste tioårsperioden. Något tillskott av nyutexaminerade för att kompensera för pensionsavgångar är ej att förvänta eftersom omvårdnadsprogrammets "gren tandvård" i gymnasieskolan läggs ner år 2002 bl.a. på grund av att man inte lyckats locka till sig elever. Utredningen föreslår i kapitel 5, Tandvårdsutbildningarna, en ny tandsköterskeutbildning.

Den yrkesgrupp som är "yngst" i tandvården är tandhygienisterna. Pensionsavgångarna jämfört med de båda andra personalkategorierna är mycket måttliga och med nuvarande examinations-

volym skulle tandhygienistkåren totalt öka med cirka 1 500 personer från nuvarande cirka 2 500 yrkesverksamma tandhygienister till cirka 3 700 under kommande tioårsperiod. Med en förändrad arbetsorganisation skulle en stor del arbetsuppgifter, som redan ligger inom tandhygienistens kompetensområde med eget legitimationsansvar, kunna överföras från tandläkarna till tandhygienisterna och på så sätt delvis kompensera för de stora pensionsavgångarna bland tandläkare.

Medlemskapet i EU med en öppen arbetsmarknad har medfört att många akademiker valt att flytta utomlands. SACO har kartlagt in- och utflyttning av akademikergrupper. Utflyttningen är större än inflyttningen, som till största delen utgörs av tidigare utflyttade. Det är framför allt personer med långa akademiska utbildningar, läkare, tandläkare och civilingenjörer, som är attraktiva för den utländska arbetsmarknaden. Enligt uppgifter från Swedish Dental Society of England är 847 tandläkare yrkesverksamma i England. Denna siffra har varit tämligen konstant under de senaste åren. En liten minskning av ansökningarna till Socialstyrelsen beträffande de intyg som behövs för att arbeta utomlands har dock rapporterats år 2001, vilket skulle kunna tydas som att den svenska arbetsmarknaden nu är attraktivare för tandläkare med svensk utbildning. Utöver den brittiska arbetsmarknaden har också arbetsmarknaden i Norge lockat till sig många svenska tandläkare och sedan 1995 har nästan 300 svenska tandläkare erhållit norsk tandläkarlegitimation. Hälsodepartementet i Norge uppger att 47 svenska tandläkare var anställda i den offentliga tandvården år 2001, nästan en halvering jämfört med år 1999.

Under senare år har många av de nyutexaminerade tandläkarna valt att arbeta utomlands. I intervjuundersökningar uppger de att de planerar ett par års utlandsarbete för att därefter återvända till den svenska arbetsmarknaden. Andra väljer att starta sin yrkesbana i Sverige "för att lära sig yrket" men planerar att efter ett par års arbete i Sverige flytta utomlands. Många av dem uppger att man väljer att arbeta utomlands bl.a. för att löneläget är betydligt högre än i Sverige, andra uppger tandläkaryrkets högre status i utlandet som skäl.

Sveriges Privattandläkarförening genomförde under försommaren år 2001 en enkät angående tandläkarnas utflyttningsvilja. Privattandläkarföreningen var allvarligt bekymrade över resultaten som visade att utflyttningsviljan var mycket stor även hos äldre etablerade tandläkare. Signaler från folktandvårdsorganisationerna

stöder i viss utsträckning dessa resultat eftersom man under de två senaste åren fått ett "kompetensdränage" i och med att tandläkare med många års yrkeserfarenhet flyttat utomlands.

Samtidigt som tandläkare och i viss utsträckning även tandhygienister har förlagt sin yrkesverksamhet utomlands har Sverige också fått tandläkare från utlandet. Polen, Belgien och Tyskland är de länder som varit särskilt lyckosamma för rekryteringar. Det är inte osannolikt att arbetskraftsinvandring från kandidatländerna kan bli omfattande i framtiden. Med den öppna arbetsmarknad som råder måste vi räkna med att svenska tandläkare, med internationellt sett högkvalitativ utbildning, alltid kommer att utgöra attraktiv arbetskraft för andra länder. Pensionsavgångar och tillgång på arbetskraft belyses närmare i kapitel 4, Tandvårdens struktur.

Prognoser över tillgång på arbetskraft visar att arbetskraftsreserven kommer att reduceras betydligt till år 2008. Dess sammansättning med avseende på ålder och utbildningsnivå skulle knappast heller matcha efterfrågan särskilt bra. SCB:s arbetskraftsbarometer indikerar en redan besvärande brist på vårdpersonal och förutspår att bristen kommer att förvärras under prognosperioden t.o.m. år 2008. Detta gäller framför allt läkare, sjuksköterskor och tandläkare.

Det som ytterligare kan förvärra en bristsituation är de oroande rapporterna från RFV om att långtidssjukskrivningarna ökar. Vi vet heller inte hur länge den svenska arbetskraften stannar kvar i arbetslivet och vilken sysselsättningsgrad man har de sista åren före sin pensionering. Förändringar i lagstiftning på arbetsmarknadens område kan innebära att ett stort antal årsarbeten försvinner. Om exempelvis generell arbetstidsförkortning med en timme per vecka genomförs innebär det cirka 200 årsarbeten för tandläkare. Också förbättringar i föräldralagstiftningen, som naturligtvis är lika positiva som en arbetstidsförkortning skulle vara, kan också medföra en större minskning av antalet årsarbeten.

Allt tyder på att en ny ledighetslag kan träda i kraft redan om ett år. Detta skulle medföra att alla löntagare får fem nya lediga dagar med början år 2004 då två lediga dagar införs. Därefter införs en ledig dag per år fram till år 2007 då reformen är helt genomförd.

2.12 Sammanfattning och slutsats

Befolkningstillväxten i Sverige är idag mycket långsam. Hela befolkningen förväntas passera niomiljonersstrecket omkring år 2005 och beräknas ha ökat till 9,8 miljoner fram till år 2050. Den största förändringen är den stora uppgången av antalet äldre. Fram till år 2010 ökar antalet personer i åldersgruppen 65 år och äldre med omkring 190 000 medan antalet ungdomar under 20 års ålder förväntas minska med nästan 75 000 personer under samma period.

Låga födelsetal medför att befolkningen i de arbetsföra åldrarna minskar från omkring år 2015. I de största tätorterna fortsätter folkmängden att öka på bekostnad av landsbygden. Unga människor flyttar i betydligt större utsträckning nu än tidigare.

Förändringar i migrationen är svåra att förutse men femtio års invandring har radikalt påverkat den svenska befolkningens sammansättning. 1,8 miljoner av Sveriges befolkning har utländsk bakgrund. Enligt SCB:s prognos kommer invandringen att fortsätta på ungefär samma nivå som idag.

En utblick mot EU och kandidatländerna visar att EU:s befolkning blir allt äldre. Var femte person i EU är 60 år eller äldre. Kandidatländernas befolkning är något yngre än i EU-länderna.

De sociala skillnaderna i hälsa kvarstår men hälsoskillnaderna mellan sociala grupper i Sverige verkar minska. Livslängden ökar men inte antalet är med full hälsa. Ingen könsskillnad finns i antalet är med full hälsa.

Medellivslängden förväntas fortsätta att öka. Genom att fler lever till hög ålder får vi räkna med att framtidens sjukdoms-panorama kan komma att domineras av åldrandets hälsoproblem såväl när det gäller allmänhälsa som tandhälsa.

Barnens och ungdomarnas tandhälsa kommer sannolikt att fortsätta att förbättras även om en avplaning redan skett. 93 procent av treåringarna var kariesfria redan år 1995 och andelen har förändrats endast marginellt mellan åren 1995 och 2000. Sexåringarnas tandhälsa har dock fortsatt att förbättras under de senaste fem åren och år 2000 var 70 procent av sexåringarna kariesfria. Också 12-åringarnas tandhälsa har förbättrats och medelvärdet på riksnivå för antalet kariesskadade och fyllda tänder per person uppgick till 1,0 tänder år 2000. Också bland 19-åringarna har tandhälsförbättringar skett och medelvärdet för kariesskadade och fyllda tänder minskade från 5,1 år 1995 till 3,6 år 2000. År 2000 var mer än 58 procent av 19-åringarna helt kariesfria på tändernas sidoytor.

Det är betydligt svårare att beskriva tandhälsa och tandhålsoutveckling hos vuxna dels beroende på att det inte föreligger konsensus om vilka mått eller index som är lämpliga, dels på att det finns få aktuella uppgifter på riksnivå. Med utgångspunkt i SCB:s ULF-undersökningar kan man konstatera att antalet kvarvarande tänder hos de vuxna ökat kraftigt de senaste decennierna. Antal personer som helt saknar egna tänder har minskat med nästan två tredjedelar från drygt 17 procent till drygt sex procent i befolkningen hos åldersgruppen 25–84 år sedan början av 1980-talet. Speciellt märkbar är minskningen i åldersgruppen 45–64 år. Också i de högre åldersgrupperna ses en påtaglig minskning av andelen tandlösa med nästan en halvering i åldrarna 75–84 år.

Även om tandhälsan överlag har förbättrats avsevärt de senaste 25 åren, i synnerhet bland äldre över 65 år, kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. Det är fortfarande vanligare att arbetare saknar egna tänder än tjänstemän på mellannivå. Tandhälsan hos invandrargrupper är sämre än bland svenskar. Det gäller såväl barn som vuxna. Förekomst av protes är vanligare bland vuxna invandrare än bland svenskar och invandrare uppger också i större utsträckning än svenskar att de har tuggproblem.

De flesta svenskar besöker tandvården regelbundet. Ungefär 70 procent uppger att de under det senaste året besökt tandvården. Det finns dock en ansevärd andel som uppger att de inte har råd att få den tandvård de behöver. Den högsta andelen personer med besvär från tänderna i förhållande till ålder återfinns i åldersgruppen 25–44 år. Det är också i den åldersgruppen som den högsta andelen som uppgett att de ej åtgärdat besvären finns och i den gruppen finns också högsta andelen som uppgett att de inte åtgärdat besvären av ekonomiska skäl. Omräknat till hela befolkningen avstod nästan en miljon svenskar från tandvård år 2000 av kostnadsskäl. Av de studier som finns framgår att bland påverkansfaktorerna för att av kostnadsskäl avstå från behandling är inkomsten en tydlig sådan. Åldern är en annan påverkansfaktor.

Tandvårdens stora utmaning de närmaste decennierna finns i de äldre åldersgrupperna. Såväl det protetiska vårdbehovet i form av kronor, broar och implantat kommer att vara stort, liksom det reparativa vårdbehovet till följd av ett ökat antal individer med allt fler egna kvarvarande tänder. Hos de unga vuxna kommer tandhälsan troligen att förbättras som en konsekvens av förbättringarna hos barn och ungdomar. Också hos de medelålders patienterna

kommer tandhälsan successivt att förbättras allt eftersom gruppen fylls på med friskare individer från gruppen yngre vuxna.

Det framtida vårdbehovet kommer i stor utsträckning att vara efterfrågestyrt. Med tillkomst av nya tekniker och metoder och med höjd levnadsstandard följer också ökade krav. Dessa kan ta sig uttryck i såväl en större efterfrågan på protetiska åtgärder och rent estetisk tandvård. För att kunna möta en efterfrågeökning är det viktigt att diskussioner inom tandvården leder till koncensus om prioriteringar, så att vare sig en utträngning av angelägen vård för grupper med särskilda behov eller utträngning av den vardagsnära basandvården inklusive förebyggande tandvård sker.

Tandvården kommer att drabbas av stora pensionsavgångar de närmaste tio åren främst när det gäller allmäntandläkare, specialister och tandsköterskor. Utmaningen de närmaste åren blir därför att få till stånd en effektivare blandning av kompetenser och en ökad samverkan mellan yrkesgrupper så att samtligas kompetens tas tillvara bättre. Ändrad arbetsorganisation och personalstruktur samt ändrat arbetssätt bör i framtiden kunna öka tillgängligheten till vård för patienterna.

Vad händer om man underlåter att se framåt och undviker att göra förändringar? Ett enkelt svar skulle vara att allt förblir som det är, dvs. status quo, möjligen med små variationer som man inte kan förutse eller påverka. Detta skulle kunna gälla i slutna system. I hälso- och sjukvård och tandvård som är öppna och komplexa system sker förändringar även om de inte sker medvetet.

Förhållandena förändras genom nya teknologier. Framsteg inom molekylärgenetik tas tillvara med bioteknologi som verktyg för att applicera dessa i praktisk vård. IT och telekommunikation ger nya förutsättningar för kontakter mellan och inom olika delar av vården och också mellan patienter.

Inte bara teknologin kommer att påverka framtiden. Patienten kommer att få en starkare ställning både genom förändringar i lagstiftning och olika insatser i vården. Allt detta leder till ökade krav på information och kraven kommer att bli mer accentuerade i framtiden.

Det kommer också att ske förskjutningar när det gäller arbetsuppgifter för olika yrkesgrupper. Starka hierarkier kommer sannolikt också att brytas.

Slutsatsen blir att utvecklingen inte kommer att stå still även om vi låter bli att se framåt. Men i stället för en medveten utveckling riskerar det att bli "djungelns lag" som får råda. Utredning har där-

för försökt, att genom att blicka framåt, lägga förslag som bidrar till en påverkan av utvecklingen inom tandvården.

3 Mål och principer

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 skall göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft den 1 januari 1999 och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras.

Utredningen skall vidare belysa den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika kompetens och lämna förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samt främjar effektivitet och samarbete inom tandvården. Kompetens- och resursbehov skall också belysas utifrån ett integrationsperspektiv. Sammantaget bör utredarens förslag syfta till att i första hand förbättra det nuvarande systemet och åstadkomma ett mer effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser (dir. 2000:65).

3.1 Tandvården och det ekonomiska stödet

Hälsa har ett centralt värde i människors liv. På direkt fråga svarar närmare 90 procent att hälsan är mycket viktig (Holmberg och Weibull, 1999). I sjukvård och tandvård möts välfärdsstatens hälsopolitiska ambitioner, den medicinska teknikens möjligheter och medborgarnas behov av och efterfrågan på vård samt de ekonomiska och personella resurser som finns tillgängliga.

3.1.1 Mål för tandvården

Det övergripande målet för tandvården är uttryckt i tandvårdslagen (1985:125) på följande sätt: Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Tandvården skall

- vara av god kvalitet och lägga särskild vikt på förebyggande åtgärder,
- tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt
- främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. (*Tandvårdslagen 3 §.*)

Tandvårdslagen reglerar mål för och krav på tandvården samt samhällets skyldigheter att erbjuda medborgarna tandvård.

Tandvården regleras genom flera olika lagar och regeringsförfordningar. Därtill finns ett antal principiellt viktiga myndighetsförfattningar. Eftersom tandvården är en del av hälso- och sjukvården gäller också flertalet hälso- och sjukvårdsförfattningar för tandvården.

I lagens definition av tandvård anges att denna skall omfatta förebyggande åtgärder. Till tandvård hör vidare samtliga åtgärder som föranleds av sjukdomar i munhålan, tänderna, käkarna och omgivande vävnader

Begreppet "god tandhälsa" definieras inte i förarbetena till tandvårdslagen, men definitionen kan enligt utredningen uttryckas i följande termer:

- Avsaknad av smärta eller obehag från tänder och munhåla.
- Förmåga att obehindrat kunna tugga olika typer av föda.
- Avsaknad av obehandlad karies och tandlossning.
- Ett så lågt antal lagade tänder som möjligt.
- Avsaknad av synliga tandluckor.
- Ett ur individens synpunkt utseendemässigt godtagbart bett.

Det är dock viktigt att se de enskilda punkterna som en helhet, dvs. de utgör sammantaget definitionen på god tandhälsa.

I förarbetena till tandvårdslagen definieras inte heller "tandvård på lika villkor". Uttrycket kan beskrivas som:

- Att ingen individ diskrimineras för tillgång till tandvård på grund av kön, ålder eller etnisk tillhörighet.
- Att tandvårdsresurserna i relation till befolkningsunderlaget är jämnt fördelade över landet.

- Att så få människor som möjligt på grund av dålig ekonomi är utestängda från tandvård.

Även när det gäller "lika villkorsprincipen" skall man betrakta de enskilda punkterna som en helhet.

Vidare föreskriver lagen att vården och behandlingen så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall också upplysas om sitt tandhälsotillstånd, om de behandlingsmetoder som står till buds och de eventuella olika prognoser som är förknippade med dem.

3.1.2 Mål för det ekonomiska stödet

Utredningen anser att statens ekonomiska stöd till tandvården skall

- bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna såväl för den enskilde som för samhället,
- tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder bör betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård,
- inriktas på att minska den enskildes kostnader för sådan tandvård som bidrar till att kunna äta, tugga och tala obehindrat samt bibehålla ett utseende utan synliga estetiskt störande tandluckor samt att
- systemet skall vara så enkelt och lättförståeligt som möjligt såväl för vårdgivaren som för patienten.

De ursprungliga målen för den tandvårdsförsäkring som infördes år 1974 var att skapa lika möjligheter åt alla medborgare till en god tandvård till överkomliga avgifter (prop. 1973:45). Utgångspunkten var att försäkringen skulle gälla alla vuxna och omfatta alla slags behandlingar.

I propositionen *Reformerat tandvårdsstöd* (1997/98:112) anges målen och medlen för en förändrad tandvårdsförsäkring på följande sätt:

- Samhällets stöd till vuxentandvård bör främst syfta till en förbättrad tandhälsa bland befolkningen så att vårdbehovet

och därmed kostnaderna för enskilda och samhället på sikt minskar.

- Tandvård för vissa grupper av äldre, sjuka och funktionshindrade bör ges ett bättre ekonomiskt stöd än det nuvarande.
- Ett särskilt stöd för höga tandvårdskostnader bör finnas även för vuxna som inte omfattas av det särskilda stödet till nämnda grupper.

I delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36) poängterade utredningen att statens ekonomiska stöd, utöver att inriktas på grupper av personer med särskilda och omfattande tandvårdsbehov, också fortsättningsvis skall ha inriktningen att bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att kostnaderna för såväl den enskilde som för samhället minskar på sikt. Denna inriktning har även regeringen framhållit i sin proposition *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.* (prop.2001/02:51) som delvis baserades på delbetänkandet. Genom riksdagsbeslutet, baserat på propositionen införs ett högkostnadsskydd för protetiska åtgärder från och med 65 års ålder den 1 juli 2002. Samtidigt förbättras stödet för bastandvård åt samma grupp. I propositionen poängterades också att eftersom regelbunden bastandvård kan förebygga uppkomsten av större besvär, bör stödet för bastandvården förbättras även för andra personer.

3.1.3 En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Svensk tandvård har internationellt sett ett mycket gott anseende. Kunskapsutvecklingen har inte minst under de senaste årtiondena varit betydande. Det gäller såväl den förebyggande tandvården som utvecklingen av nya behandlingsmetoder och tekniker.

Hälso- och sjukvårdens insatser för folkhälsan utgår från det behandlande, det sjukdomsförebyggande och det hälsofrämjande perspektivet och är delar i en helhet. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skall vara en uppgift för hela hälso- och sjukvården och en självklar del i all behandling. Preventiva insatser skall naturligt integreras i vårdkedjan.

I Folkhälsokommitténs slutbetänkande *Nationella mål för folkhälsan*, SOU 2000:91, lyfts tandvården fram som den del av det svenska vårdssystemet som varit mycket lyckosamt i sitt preventiva

arbete. Man framhåller tandvården och dess goda kunskap i preventionsarbete samtidigt som man poängterar vikten av att personalen inom hälso- och sjukvård får mer kunskap på området för att kunna fullfölja sin roll för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Inom hälso- och sjukvården, i vilken även tandvård ingår, tillämpas idag olika former av beställar- och utförarmodeller. Oavsett modell för beställning och beslutsfattande behöver huvudmännen utveckla metoder för hur hälsofrämjande arbete skall kunna beställas och också utvärderas. Det ligger en utmaning för den framtida hälso- och sjukvården i att möjliggöra och belöna ett hälsofrämjande arbetssätt som ges på lika villkor till alla invånare oavsett i vilken regi den bedrivs.

Patienträttigheter ger idag patienten rätt att välja mellan olika behandlingsformer när man väl insjuknat, men man kan mera sällan välja ett alternativ som förebygger att man blir sjuk. Inom sjukförsäkringens ram finns små möjligheter att få sjukpenning i förebyggande syfte trots att hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om att hälso- och sjukvården har ansvar för att förebygga sjukdom och att verka för en god hälsa i hela befolkningen.

Också i tandvårdslagen (1985:125) framhålls att målet för tandvården är en god tandhälsa för hela befolkningen. I lagens 3 § anges att tandvården skall vara av god kvalitet och lägga särskild vikt på förebyggande åtgärder. Till skillnad från möjligheterna för hälso- och sjukvården att använda sjukförsäkringen i förebyggande syfte finns inom tandvården inte den begränsningen inom tandvårdsförsäkringen. Det finns därför redan idag stora möjligheter inom den svenska tandvården till ett mera hälsobefrämjande arbetssätt.

3.2 Överväganden och förslag

Utredningen lämnar här principförslag till hur tandvårdsstödet successivt bör byggas ut när resurserna så medger. För att kunna genomföra utredningens omfattande förslag till förbättringar krävs inte enbart finansiella resurser. Om inte vårdresurserna räcker till eller är ojämnt fördelade över landet riskerar man att många människor inte får tillgång till tandvård. Tillgången till tandvård blir då inte i första hand en ekonomisk fråga utan en kapacitetsfråga.

3.2.1 Tandvårdsstödet framtida inriktning

Utredningen anser att det är viktigt att skapa förutsättningar för att den som har det största behovet av tandvård skall ges företräde och att människor som behöver vård inte skall behöva avstå av ekonomiska skäl.

Av SCB:s undersökning om hushållens ekonomi (HEK) år 1999 framgår att drygt 30 procent av befolkningen hade låga inkomster, upp till 25 procent över socialbidragsnivån. Låg disponibel inkomst definierades som strax över socialbidragsnormen, 95 000–119 000 kronor/år och hushåll. I det inkomstskiktet är det betydligt vanligare att helt eller delvis avstå från såväl sjukvård och läkemedel som tandvård på grund av utgiftens storlek än i de högre inkomstskikten. Drygt 20 procent av dem med en inkomst upp till 25 procent över socialbidragsnivån uppgav att de avstått från tandvård av ekonomiska skäl jämfört med knappt sju procent av dem i gruppen med en inkomst lika med eller överstigande dubbla socialbidragsnivån.

Tandvårdsstödet ensamt kan inte lösa alla ekonomiska problem inom tandvårdsområdet. I socialtjänstlagens (2001:453) 4 kap. stadgas om rätten till bistånd. I 1§ uttalas bl.a. att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Bland de poster som ingår i begreppet livsföring i övrigt återfinns tandvård.

Tandvård för sjukvårdsavgift

Utredningen anser att det även i framtiden skall finnas en särskild tandvårdsförsäkring för tandvård som inte har samband med sjukdom eller funktionshinder.

I den allmänna debatten framförs ofta förslag att tandvård skall betalas med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård, dvs. med högst 900 kronor per tolv månadersperiod.

I december 1964 lade 1961 års sjukförsäkringsutredning fram förslag till en tandvårdsförsäkring inom den allmänna sjukförsäkringens ram, (SOU 1965:4). Ett av argumenten för att utgifter för tandläkarvård borde föras in i den allmänna försäkringen var att samhällets stödåtgärder var långt mer omfattande i fråga om barnens tandvård än beträffande de vuxnas. Utredningen redovisade emellertid också argument som kunde anföras mot en tandvårdsförsäkring. Dessa återges här in extenso.

Mot försäkringstanken kan anföras att den utgift, som tandläkarvård medför för den enskilde, till sin natur inte är av den art, att den bör täckas genom en allmän försäkring. Såsom utredningen tidigare framhållit har de allra flesta människor anledning att så gott som årligen söka tandläkarvård. Behovet av tandläkarvård kan alltså i viss mån likställas med ett ständigt återkommande konsumtionsbehov. Man bör dock beakta att, tandvårdsbehovet skiftar mellan olika individer och att den enskilde ofta nog blir ställd inför oförutsedda ekonomiska påfrestningar i samband med tandläkarvård.

I betänkandet från 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring (SOU 1972:81) diskuterades inte alls om tandvården skulle tillhöra hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Redan i utredningsuppdraget slås fast att det skall finnas en särskild tandvårdsförsäkring. Enligt direktiven bör denna tandvårdsförsäkring innefatta en viss avgiftsbetalning från patienterna. Samtidigt sägs i direktiven att syftet med tandvårdsförsäkringen bör vara att göra en god tandvård tillgänglig till en för alla medborgare överkomlig kostnad.

Viss oralkirurgisk vård har dock sedan länge betalats med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård enligt bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Från och med den 1 januari 1999 gäller enligt tandvårdslagen (1985:125) samma regler för nödvändig tandvård åt

boende på sjukhem m.m. samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

Ett ofta framfört argument för att tandvården skall tillhöra hälso- och sjukvårdens avgiftssystem är att munnen är en del av kroppen och sjukdomar i munhålan därför inte bör särbehandlas. Ett annat argument är att egenavgifterna för tandvård ofta blir orimligt höga för den enskilde individen. I det nuvarande systemet torde det knappast vara möjligt att undvika att individer avstår från att söka vård, särskilt bland grupper med små ekonomiska resurser. Detta problem skulle kunna lösas genom att innefatta tandvården i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Tandvård som redan överförs till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem är nödvändig tandvård till vissa grupper med omfattande vård och omsorg samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling (prop. 1997/98:112).

De flesta tandskador uppkommer på grund av karies eller tandlossning. Tandvården domineras av reparationer och andra åtgärder för att avhjälpa dessa skador. Till stor del kan skadorna sägas vara starkt påverkade av individens livsföring och förmåga att bedriva egenvård. Till detta kommer tandvårdsbehov på grund av att tidigare utförda tandreparationer behöver göras om, vilket enligt undersökningar är en vanligare anledning att göra en fyllning än aktuell karies. För hälso- och sjukvården är i stället utgångspunkten att individen mer eller mindre oförskyllt drabbas av sjukdom och skador. Undantag är sjukdom och skador orsakade av t.ex. alkohol och rökning. Hälso- och sjukvården gör dock inget undantag för sådana skador och kräver inte insatser i form av egenvård och ändrad livsföring.

Inom tandvården är åtgärdsalternativen avsevärt fler än inom sjukvården. En enskild kariesskada kan därför generera allt från en enkel fyllning till en protetisk kronersättning, allt efter skadans omfattning, patientens önskemål och tandläkarens förslag. Eftersom tandvård är en marknad som präglas av asymmetrisk information, med ett stort informationsövertag för producenten, kan en mer uttalad tredjepartsfinansiering därför bli mycket kostnadsdrivande. En stor del av den tandvård som utförs sker dessutom av rent estetiska skäl. Rent estetisk hälso- och sjukvård ligger utanför hälso- och sjukvårdens förmånssystem.

Den relativt höga egenavgiften inom tandvården begränsar sannolikt konsumtionens omfattning. Om tandvården generellt överförs till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem torde tandvårds-

konsumtionen komma att öka mycket kraftigt och den enda begränsningen är tillgången på tandvårdspersonal. Eftersom vårdresurserna nu och förmodligen även i framtiden kommer att vara ojämnt fördelade i landet, skulle många människor även i framtiden komma att stå utan tillgång till tandvård trots att tandvården ingick i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Vissa socioekonomiskt svaga grupper har idag inte råd med tandvård. Detta torde inte vara skäl nog att överföra all tandvård till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det kan i sammanhanget nämnas att enligt olika undersökningar så avstår en del i dessa grupper i hög grad även från läkarvård och från att lösa ut recept med förskrivna mediciner.

I hälso- och sjukvårdslagen slås fast att det är behovet av vård och inte social och ekonomisk situation som skall ha betydelse för att man utnyttjar vård. I budgetpropositionen (prop. 1996/97:1) framhölls att en grundförutsättning för att erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för alla är att finansieringen i huvudsak sker genom skatter. Vidare angavs att "patientavgifter inte i första hand skall vara en finansieringskälla utan användas för att styra vård sökande till rätt vårdnivå. Den som är sjuk skall få den vård och omsorg som behövs oberoende av egen ekonomi." Detta talar för att tandvården inte bör omfattas av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem eftersom det inte skulle leda till att styra de vård sökande till rätt vårdnivå utan i stället medföra att vården utförs på för hög vårdnivå och blir mer omfattande än vad som behövs.

Kostnaderna för vuxentandvården idag uppgår till nästan 11 miljarder kronor. Vid en i princip total tredjepartsfinansiering är det omöjligt att uppskatta de dynamiska effekterna avseende vårdkonsumtion men allt talar för en kraftig ökning med högre kostnader som följd. En sådan reform skulle knappast kunna genomföras utan en total prisreglering. Ett särskilt högkostnadsskydd för tandvården, som successivt kan byggas ut i takt med att resurserna så medger, är det som förordas av utredningen.

Högkostnadsskydd baserat på vårdbehov

I remissvaren på delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36) framfördes i flera fall uppfattningen att ett högkostnadsskydd inte borde baseras på en viss åldersgräns, som

utredningen föreslog och som riksdagen sedermera fattat beslut om, utan på den enskilde patientens vårdbehov.

Vårdbehovet skulle i sådant fall kunna bedömas med hjälp av ett för ändamålet framtaget index där antingen de föreliggande skadorna i bittet gavs olika tyngd eller där de föreslagna behandlingsåtgärderna viktades efter t.ex. tidsåtgång, eventuellt med tillägg för särskilt höga materialkostnader. Några skillnader när det gäller beräkningsprincipen skulle inte finnas mellan bastandvård och protetiska åtgärder. Över en viss nivå på ett sådant vårdbehovsindex skulle rätten till ett högkostnadsskydd kunna föreligga. Patientavgiften skulle i ett sådant system kunna maximeras till ett visst belopp på liknande sätt som från och med den 1 juli 2002 gäller för protetiska åtgärder för åldersgruppen 65 år och äldre.

Utredningen anser att det föreligger svårigheter att i ett behovsbaserat system göra sådana prioriteringar av stödet till vissa bastandvårdsåtgärder med stor betydelse för tandhälsan.

Utredningen lägger senare i betänkandet fram förslag om att högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder på sikt skall utökas till att gälla alla åldersgrupper. Därmed bortfaller den åldersgräns som vissa remissinstanser anser olämplig.

Tandvård i samband med sjukdom eller funktionshinder

Utredningen anser att

- patienter som har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder inte skall ha ökade kostnader för sin tandvård till följd av detta samt att
- ett enhetligt avgiftssystem för all tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder bör tillskapas.

Tandvård som har samband med allmänsjukdom eller funktionshinder betalas nu i vissa fall enligt särskilda regler inom tandvårdsförsäkringen och i vissa fall enligt landstingens regler för den öppna hälso- och sjukvården. Det delade systemet upplevs både av patienter och vårdgivare som svårförståeligt, ologiskt och orättvist samt leder till omfattande administration.

Riksförsäkringsverket har i sin utvärdering av tandvårdsreformens försäkringsdel vad gäller patienter med långvarig sjukdom och funktionshinder funnit att förmånerna inte utnyttjas i förväntad

utsträckning. En av orsakerna till detta är att den ekonomiska ersättningen är för liten i förhållande till den administration som krävs.

Intentionerna inför tandvårdsreformen år 1999 var att tandvårds-kostnaderna för patienter med sjukdom och funktionshinder skulle motsvara vad övriga personer betalade för sin tandvård. Beroende på det statsfinansiella läget kunde stödet inte utformas så att det till fullo motsvarade intentionerna. För bastandvård måste stödet begränsas till ett extra grundbelopp för de aktuella åtgärderna. För protetik och tandreglering begränsades stödet till att karensbeloppet 3 500 kronor inte dras bort från tandvårdsersättningen.

Ett annat mål för det ekonomiska stödet är att systemet skall vara så enkelt och lättförståeligt som möjligt såväl för vårdgivaren som för patienten. Det bör heller inte föranleda onödigt omfattande administration. Därför bör ett enhetligt avgiftssystem för all tandvård som har samband med sjukdom eller funktionshinder införas.

Övrig tandvård för vuxna

Utredningen anser att

- tandvårdsstödet även i framtiden skall ha en tydlig folkhälsoprofil och vara utformat så att det stimulerar till ökat ansvarstagande från patientens sida för sin tandhälsa,
- de tandhälsovinster som uppnåtts under den organiserade barn- och ungdomstandvården skall tas till vara,
- ungdomar såväl som vuxna skall stimuleras till regelbundna kontakter med tandvården i förhållande till det individuella behovet och att
- alla skall ha möjlighet att få även omfattande tandvård till rimliga kostnader.

Samhället skall enligt utredningens uppfattning ha ett tydligt yttersta ansvar för att alla medborgare har möjlighet att uppnå en god tandhälsa och tandvårdsförsäkringen bör även i framtiden omfatta alla vuxna medborgare som omfattas av socialförsäkrings-systemet.

I delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36) poängterade utredningen att tandvårdsstödet skall ha

inriktningen att bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna såväl för den enskilde som för samhället. Denna inriktning anser utredningen skall vara bärande även för framtida förbättringar av tandvårdsstödet. Även regeringen framhåller ett flertal gånger tandhälsoinriktningen i sin proposition (prop. 2001/02:51) *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*

Utredningen anser att det framtida tandvårdsstödet bör ha en tydlig hälsoprofil och vara utformat så att det stimulerar till ökat ansvarstagande från patientens sida för sin tandhälsa. Det är också av största vikt att ta tillvara de tandhälsovinster som uppnåtts under den organiserade barn- och ungdomstandvården. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att ekonomiskt stödja beteenden som minskar tandvårdsbehovet på sikt.

Ett givet krav på ett framtida ersättningssystem är att det skall innehålla tydliga drivkrafter att bibehålla och förbättra tandhälsan hos befolkningen. Alla ingrepp i tänderna skapar i princip nya vårdbehov i framtiden. Ersättningssystemet skall således gynna förebyggande insatser och en regelbunden kontakt med tandvården som är avpassad efter varje patients individuella förutsättningar. Det gäller såväl för patienter som har en god munhälsa som för dem som av olika skäl har en sämre munhälsa. I högre åldersgrupper har patienterna som regel fått fyllningar och kronor m.m. utförda, vilket leder till ett successivt behov av att göra om och reparera dessa. Men också i dessa grupper minskar medeltalet rekonstruktioner och förväntas minska än mer i framtiden alltefter som yngre personer med färre fyllningar, kronor etc. går in i de äldre åldersgrupperna. Dock måste ett ersättningssystem också erbjuda ett skydd mot mycket höga behandlingskostnader för patienter med stora vårdbehov i form av protetiska ersättningar med kronor, broar eller implantat.

Ett framtida tandvårdsstöd bör också kunna uppfylla såväl tandvårdslagens krav på god tandhälsa som en tandvård på lika villkor. Patienten är ofta i ett underläge när det gäller att bedöma vilken vård han eller hon behöver och vad den borde kosta. Särskilt svårt kan det vara att bedöma vilken av flera alternativa behandlingar som leder till den bästa förbättringen på sikt.

Det tandvårdsstöd som infördes den 1 januari 1999 utformades utifrån den givna ekonomiska ramen med syftet att, utöver förbättrat stöd för vissa grupper av äldre, sjuka och funktionshindrade och ett särskilt högkostnadsskydd, också innefatta ett stöd till alla

vuxna för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården. Syftet med bastandvården var i första hand att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov. Enligt Riksförsäkringsverkets uppföljning av tandvårdsreformen (RFV ANSER 2000:3) har detta syfte uppnåtts genom att merparten av tandvårdsersättningen utbetalats för bastandvård.

Med reformen infördes även möjligheten att erbjuda abonnemangstandvård som innebär att patienten kan teckna ett avtal för bastandvård med fast patientavgift och med en fast ersättning till vårdgivaren från försäkringskassan. Ett system baserat på en fast ersättning innebär en stor förändring i förhållande till dagens prestationsrelaterade taxa. Introduktionen av abonnemangstandvård har hittills skett i en långsam takt anpassad till patienternas och vårdgivarnas förutsättningar och preferenser. Omkring 35 000 vuxna patienter har anslutit sig till den ersättningsformen.

Utredningen har redan tidigare poängterat att inriktningen i nuvarande tandvårdsstöd skall bibehållas men anser också att justeringar och förbättringar är nödvändiga. Utredningen vill skapa en god övergång mellan den avgiftsfria ungdomstandvården och den avgiftsbelagda vuxentandvården för att ungdomarna skall stimuleras till fortsatt regelbundna kontakter med tandvården. Utredningen anser vidare att den tandvårdsersättning som utgår för bastandvårdens åtgärder också framdeles skall uppfattas som ett väsentligt stöd för vardaglig hälsobefrämjande tandvård. Utredningen vill dessutom skapa ytterligare incitament till regelbunden kontakt med tandvården för alla vuxna samt skapa förutsättningar för alla vuxna att till rimliga kostnader även få omfattande tandvård.

3.3 Utbildning

3.3.1 Mål för utbildningarna

De grundläggande målen för all högskoleutbildning finns angivna i högskolelagen (1992:1434) 1 kap. 9 §. Den grundläggande högskoleutbildningen skall, utöver kunskaper och färdigheter, ge studenterna förmåga till självständig och kritisk bedömning, förmåga att självständigt lösa problem samt förmåga att följa kunskapsutvecklingen, allt inom det område som utbildningen avser.

Utbildningen bör också utveckla studenternas förmåga till informationsutbyte på vetenskaplig nivå.

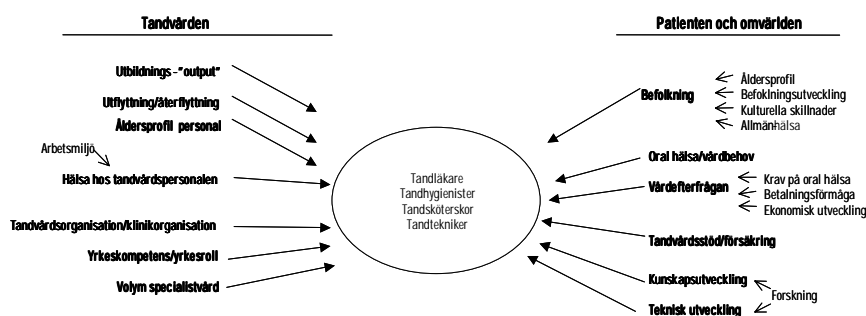
Tandläkar-, tandtekniker- och tandhygienistexamen regleras i högskoleförordningen (1993:100). I en särskild examensordning anges de examina som varje universitet och högskola får ge samt de krav som skall uppfyllas för att en viss examen skall få utfärdas. Målen i examensordningen är tämligen översiktliga. Utöver de mål som anges i högskoleförordningen för de olika utbildningarna, gäller de mål som respektive högskola bestämmer.

Utredningen anser generellt att målen är tillfyllest men med utgångspunkt från att universiteten och högskolorna inte lever upp till alla de mål som uttrycks i högskoleförordningen bör utbildningarna förändras.

3.3.2 Faktorer av betydelse för framtida kompetensbehov

Det är omöjligt att uttala sig om vilka faktorer som kommer att ha den största betydelsen för utvecklingen av morgondagens tandvård och därmed också ha betydelse för vilken kompetens som behövs. Med utgångspunkt från såväl patienten och omvärlden som tandvården kan prognoser göras. Dock skall man vara medveten om att prognoser alltid är behäftade med stor osäkerhet. I figuren nedan återges ett antal faktorer som direkt eller indirekt styr behovet av tandvårdspersonal.

Exempel på faktorer som styr behovet av tandvårdspersonal.



Efter Matsson, 2001

Hur ersättningssystemet utformas påverkar inte bara vad patienten eller försäkringen betalar för vården utan också patientens och vårdgivarens beteende. Inom all vård gäller i första hand att ge vårdgivaren rätt incitament. Det måste finnas drivkrafter för detta hos de personalkategorier som samverkar kring och med patienten för en god tandhälsa.

Ersättningssystemet måste också syfta till en så god hushållning som möjligt med såväl statens som patientens resurser. Den goda tandhälsan och resurshushållningen bör ses över tiden så att resursinsatserna blir så små som möjligt i ett längre tidsperspektiv.

Den förbättrade tandhälsan i Sverige ger förutsättningar för besparingar. Det finns också samhällsekonomiska vinster att hämta genom en ändrad tandvårdsorganisation, att skapa nya verksamhets- och organisationsformer som är mer effektiva än dagens. Men detta är inte en tillräcklig förutsättning. Om organisationen och arbetsformerna inte ändras t.ex. genom överföring av arbetsuppgifter till rätt kompetensnivå kommer sannolikt en del patienter i framtiden inte att ges möjligheter till regelbunden tandvård. Stora pensionsavgångar sker inom främst tandläkarkåren under de kommande decennierna. Minskat antal examinationer på tandläkarutbildningarna medför att nytillskottet av tandläkare inte håller jämna steg med pensionsavgångarna. Effekten av in- och utvandring är omöjlig att förutse. Tendensen till tidigare pensionering och minskad årsarbetstid gör också att de tillgängliga tandläkarresurserna minskar.

I en situation när tandhälsan var sämre och varje patient krävde omfattande reparativa insatser var det naturligt att vården enbart gavs av tandläkare. Det stora flertalet patienter idag har dock små vårdbehov och företrädesvis behov av en annan karaktär än tidigare. Om tandvården skall arbeta rationellt och hälsoinriktat krävs idag en annan organisation med andra personalgrupper än tandläkare mera involverade i vården. Vid sidan av tandläkarna har tandhygienister och tandsköterskor en viktig roll. Generellt bör alltid vården ges på rätt kompetensnivå, dvs. på bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON-principen). Detta innebär att personalen alltid får använda sig av sin fulla kompetens.

Genom att en god tandhälsa i stor utsträckning uppnås med andra medel än de traditionella inriktade på sjukdomsbehandling, krävs en förnyad organisation och ett förnyat arbetssätt inom tandvården med andra personalgrupper än tandläkare som viktiga inslag. Det är därför nödvändigt att skapa förutsättningar för sådana

organisatoriska former som är rationella ur samhällsekonomisk synvinkel.

3.3.3 Arbetsuppgifter och personalkategorier

Inom tandvården finns i huvudsak fem personalkategorier, allmäntandläkare, specialisttandläkare, tandsköterskor, tandhygienister och tandtekniker. Utredningen gör den bedömningen att dessa personalkategorier kommer att behövas också i framtidens tandvård. Emellertid kan t.ex. förbättrad tandhälsa hos befolkningen, teknikutveckling och nya arbetsorganisatoriska modeller innebära att dimensioneringen av de olika utbildningarna blir annorlunda än idag.

Utredningen ansluter sig till Socialstyrelsens uppfattning att det långsiktiga målet skall vara att legitimerade personalgrupper, dvs. legitimerade tandläkare och legitimerade tandhygienister, är de som självständigt utför arbete på patient. Utredningen gör den sammanfattande bedömningen att det framtida vårdbehovet vad gäller vuxentandvård kommer att vara sådant att det bör finnas ett stort behov av insatser från tandhygienister. Inom barn- och ungdomstandvården, där behovet av reparativa insatser förutsätts minska än mer men behovet av förebyggande åtgärder sannolikt kommer att vara i stort sett oförändrat, anser utredningen att tandhygienisterna är den personalkategori som bör ha det primära ansvaret för de förebyggande åtgärderna och hälsokontrollerna. Tandhygienisterna är också den personalkategori som är bäst lämpad och har utbildning för hälsofrämjande och förebyggande insatser på individ-, grupp- och befolkningsnivå.

En strävan inom tandvården skall vara att tandläkaren huvudsakligen skall utföra arbetsuppgifter som denne är ensam om i vårdteamet att ha kompetens och behörighet för. Sammantaget innebär detta att antalsrelationen tandläkare och tandhygienist måste förändras så att andelen tandhygienister blir större.

Beträffande allmäntandläkare beräknas antalet i stort sett vara oförändrat under kommande tioårsperiod. Mot bakgrund av en ökad värdefterfrågan måste allmäntandläkarna koncentrera sin verksamhet på sådana arbetsuppgifter som inte tandhygienister eller tandsköterskor kan utföra. Fler uppgifter som idag utförs av specialister, kommer att överföras till allmäntandläkare.

Specialisterna blir i allt större utsträckning konsulter och kompetensutvecklare till allmäntandvården såväl inom privattandvården som inom folktandvården. Utöver att specialisterna, med den spetskompetens de besitter, också i framtiden kommer att utgöra remiss- och behandlingsinstans för de mest komplicerade fallen ingår i arbetsuppgifterna också en bevakning av frontlinjen vad avser forskning och utveckling inom den egna specialiteten. Dessutom är utvecklingsarbete och utvärdering av tandvårdsverksamhet naturliga arbetsuppgifter för specialisten. Utredningen bedömer att det nuvarande relationen 9:1 mellan allmäntandläkare och specialister bibehålls. Förskjutningar i antalet mellan de olika specialiteterna kan däremot bli aktuella.

I tandvården kommer under överskådlig tid framöver att finnas behov av kompetenta tandsköterskor för arbetsuppgifter som inte i större utsträckning torde avvika från dagens. Här ingår både assistans och administrativa arbetsuppgifter. Det föreligger också idag möjligheter att delegera kliniska arbetsuppgifter till tandsköterska.

I Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1997:14, återfinns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Utredningen anser att en formaliserad utbildning som leder fram till kompetens att arbeta som tandsköterska bör inrättas. Utredningen anser vidare att dessa tandsköterskor bör ha samma möjligheter som de nuvarande att arbeta med uppgifter på delegation. Detta ser utredningen som en nödvändig förutsättning för att kunna främja effektiva arbetsformer och ett väl fungerande samarbete inom tandvården. Utredningen vill dock framhålla att delegering inte är avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl och att delegering endast får ske under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras, vilket uttalas i SOSFS 1997:14.

Trots att utredningen anser att en formaliserad utbildning som leder fram till möjlighet att arbeta som tandsköterska bör finnas anser utredningen också att det är av yttersta vikt att man därigenom inte förhindrar en utveckling enligt den linje som skisserats ovan. Det innebär att antalet tandsköterskor, som varit i stort sett oförändrat sedan slutet av 1980-talet, på sikt bör minska till förmån för en utökning av antalet tandhygienister inom tandvården. De många kompetenta tandsköterskor som finns inom verksamheten

bör stimuleras till ytterligare kompetensutveckling som bör sikta till legitimation som tandhygienist.

Beträffande tandtekniker anser Tandteknikerförbundet/DR att det föreligger en balans mellan tillgång och efterfrågan. Även om tekniken avseende möjligheten att datatekniskt framställa konstruktioner, s.k. CAD/CAM-teknik, i framtiden kommer att utvecklas, krävs under den närmaste framtiden fortfarande ett stort manuellt hantverksmässigt inslag vid framställning av tandtekniska konstruktioner. Den förbättring av högkostnadsskyddet, för åldersgruppen 65 år och äldre som riksdagen tagit beslut om kommer att medföra stor efterfrågan på tandtekniska arbeten. Det torde dock finnas en arbetskraftsreserv på grund av att många tandtekniker lämnat yrket då efterfrågan på protetiska konstruktioner under en följd av år varit låg. Emellertid är det svårt att förutsäga huruvida dessa kan förmås att återvända till yrket. Det innebär att antalet utbildningsplatser bör bibehållas samtidigt som man bör sträva efter att öka genomströmningen i utbildningen.

Utredningen föreslår inte att nya personalkategorier, som kräver mera specifik utbildning, införs i tandvården. Utredningen är införstådd med att personal också kan rekryteras från gymnasieskolans omvårdnadsprogram, som rent allmänt förbereder och kvalificerar för arbete med människor i behov av vård och omsorg. Medarbetare med den bakgrunden torde efter tilläggsutbildning kunna utföra assisterande arbetsuppgifter och administration.

En utveckling av ovan skisserade förslag återfinns i kapitel 5, Tandvårdsutbildningarna.

3.3.4 Principer för utbildning

Utredningen anser att följande punkter bör vara vägledande inom tandvårdsutbildningarna:

- Grundutbildningarna skall hålla högsta internationella kvalitet.
- Efter avslutad grundutbildning skall tandvårdspersonalen ha kompetens att ge vård av hög kvalitet samt kunskap om och förmåga att framgångsrikt bedriva teamtandvård.
- Grundutbildningarna skall ge förutsättningar för fortsatt livslångt lärande genom efter- och vidareutbildning.
- Dimensioneringen av tandvårdsutbildningarna skall syfta till att täcka det behov som finns i Sverige.
- Utbildningarna skall kunna leda vidare till fortsatta studier inom tandvårdens område eller andra högskolestudier.

Svensk tandvård har ett gott rykte internationellt och svenskutbildad tandvårdspersonal har visat sig vara attraktiv som arbetskraft också i andra länder. Det är viktigt att tandvårdsutbildningarna kännetecknas av internationellt konkurrenskraftig kvalitet. Det är också av yttersta vikt att det i framtiden utvecklas metoder för bedömning av reell kompetens i förhållande till högre utbildning. Det skall finnas möjlighet att få både formell och reell kompetens validerad för att möjliggöra fortsatta studier och utvecklingsmöjligheter inte enbart om man vill förkovra sig genom att gå från ett tandvårdsyrke till ett annat utan också till utbildningar utanför tandvården. En kortare tandvårdsutbildning får aldrig bli en återvändsgränd för den enskilde. Av den anledningen anser utredningen att en bärande princip skall vara att alla i framtidens tandvård har den grundläggande behörighet som krävs vid antagning till högskolestudier.