

Motion till riksdagen 2005/06:So713

av **Chatrine Pålsson m.fl. (kd)**

Tandvården

Motionen delad mellan flera utskott

1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	2
3	Inledning	3
4	Bakgrund.....	3
5	Tändernas betydelse	4
6	Tandlossningssjukdomar	4
7	Parodontit och allmänsjukdomar	4
	7.1 Parodontit och socio-ekonomiska faktorer	5
8	Tandvårdstaxan styr val av behandling	5
9	Tandvården för äldre	6
10	En urholkad tandvårdsförsäkring	6
11	Investeringen i tänder måste underhållas	7
12	Ett gemensamt högkostnadsskydd.....	8
13	Kirurgisk behandling vid parodontit i högkostnadsskyddet	9
14	Specialistbehandling av bettfysiologiska tillstånd och PAD	9

Fel! Okänt namn på

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om behovet av en forskningsatsning om orala infektioners samband med övrig ohälsa.¹
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om behovet av kunskap kring tandvårdsstödet och om hur vården i praktiken fungerar för äldre.
3. Riksdagen beslutar att kirurgisk behandling vid parodontit skall ingå i högkostnadsskyddet, i enlighet med vad som anförts i motionen.
4. Riksdagen beslutar att specialistbehandling av bettfysiologiska tillstånd och vävnadsprov (PAD) skall ingå i högkostnadsskyddet, i enlighet med vad som anförts i motionen.

¹Yrkande 1 hänvisat till UbU.

3 Inledning

Historiskt sett har det funnits en gemensam sjukförsäkring som omfattar hela kroppen utom tänderna. Tänderna har haft en egen försäkringslösning. Patientavgifterna för tandvård har alltid varit högre än inom den övriga vården. För enskilda som har dåliga tänder har detta varit betungande. Ofta är det dessutom flera i samma familj som drabbas. Detta kan betyda att kostnaderna blir svåra att klara. Människor kan av ekonomiska skäl tvingas avstå från tandvårdsbehandling.

Kristdemokraternas utgångspunkt i tandvårdsfrågor är att tänderna är en del av kroppen. Ett mål med förändringar av tandvårdsförsäkringen bör, enkelt uttryckt, vara att det inte ska kosta mer att gå till tandläkaren än till läkaren.

Ur ett hälso- och samhällsekonomiskt perspektiv måste tandvårdsstödet vara konstruerat så att tandvårdsbehoven minskar. Dessutom ska detta kombineras med rimliga kostnader för samhället och patienterna. En bra tandvårdsförsäkring ska alltså uppfylla det dubbla kravet att dels skydda den enskilde patienten från alltför stora vårdkostnader, dels stimulera till att motverka uppkomsten av stora vårdbehov genom förebyggande insatser.

4 Bakgrund

Tandvårdskostnaderna för mer avancerade ingrepp är mycket höga för den enskilde. Detta medför att många människor som behöver tandvård avstår eller skjuter upp behandlingen. Följderna kan bli fysisk ohälsa till följd av exempelvis inflammationers påverkan på hjärt- och kärlsystemet. Andra konsekvenser är förlusten av tänder vilket ger nedsatt tuggfunktion och smärta. Dessutom får ofta dålig tandhälsa konsekvenser för det sociala välbefinnandet.

En viss del av de ökande ohälsotalen, som i dag uppskattas kosta samhället 120 miljarder kronor årligen, kan med stor sannolikhet hän föras till den urholkade tandvårdsförsäkringen för människor i yrkesverksam ålder. Ekonomiskt är det också kontraproduktivt att många i övre medelåldern tvingas skjuta upp akut tandvård till efter fyllda 65 år då numera ett begränsat högkostnadsskydd finns. Troligen medför denna senareläggning av vård ökade behov av större insatser och alltså ökade kostnader både för individ och samhälle. Denna senareläggning av behandling är omvittnat mycket vanlig. Den leder inte bara till större och dyrare behandlingar utan ger också ofta bestående skador hos den enskilde.

Andra bekymmer som uppmärksammats bland annat av Landstingsförbundet är att var femte i åldern 20–25 år avstår helt från tandvård av ekonomiska skäl och att många både unga och äldre haft problem att betala tandvårdsräkningarna från folktandvården.

Fel! Okänt namn på

5 Tändernas betydelse

I en nyligen publicerad undersökning (Tandlaegebalde 2003, Hede et al) redovisas en undersökning där man beskriver i vilken grad en befolkningsgrupp genom livet varit besvärad av tandsjukdomar i förhållande till andra sjukdomsbesvär. Vidare beskrivs allvarlighetsgraden av upplevelsen av tandförlust i förhållande till andra icke dödliga, men irreversibla hälsoförluster.

Som det tredje vanligaste hälsoproblemet, alla kategorier, uppgavs tand-sjukdomar. Först kom ryggbesvär och huvudvärk. Därefter kom tandproblem och sedan hjärt-kärlsjukdomar och luftvägssjukdomar. Risken för tandlöshet värderades högst av alla möjliga hälsoförluster, dvs. högre än insulinberoende diabetes och sexuell dysfunktion. Författarnas slutsats är att resultaten av undersökningen bör beaktas i en hälsopolitisk debatt om prioritering i hälso- och sjukvården.

Karies eller ”hål i tänderna” kan uppkomma hos alla människor. I Sverige har vi varit framgångsrika i att minska förekomsten av karies i alla åldersgrupper. Särskilt har kariesförekomsten minskat bland barn och ungdomar. Dock finns en påtaglig risk att man nu upplever att problemet är över. I åldersgruppen 12-åringar är exempelvis hälften av barnen kariesfria. Samtidigt innebär detta att just hälften också har karies. Kampen mot kariessjukdomen måste intensifieras om inte den goda utvecklingen skall brytas.

6 Tandlossningssjukdomar

Så gott som samtliga individer har enstaka områden med tandköttsinflammation (gingivit). Omkring 40 procent av befolkningen äldre än 40 år har enstaka tänder, eller enstaka tandytor som drabbats av tandlossning. Mer generell, behandlingskrävande tandlossning drabbar ca 15 procent av alla vuxna personer.

Det finns kända riskfaktorer för uppkomst och utveckling av tandköttsinflammation och parodontit (tandlossningssjukdomar) som är möjliga att påverka. Hit hör munhygien och rökning. Det finns också ärftliga faktorer som gör en individ mer eller mindre disponerad för sjukdomsutveckling. Olika undersökningar visar att ärftliga faktorer är av betydelse för både aggressiv och kronisk parodontit. Analyser av data från det svenska nationella tvillingregistret har visat att i storleksordningen 35 procent av all parodontit har ärftlig belastningsbakgrund. Detta är nödvändigt att beakta när man utformar försäkringssystem (Imucci et al 2003).

7 Parodontit och allmänsjukdomar

I ett historiskt perspektiv har länge funnits en tro att sjukdomar och besvär i munnen också har en påverkan på kroppen i övrigt. Under senare delen av

1900-talet har kliniker och forskare undersökt om infektioner och inflammationer i munhålan på något sätt kan påverka individens allmänna hälsa. Bakterier och bakterieprodukter i tandköttsfickan misstänktes ha skadlig inverkan på den allmänna hälsan via blodomlopp eller immunsystem. Först under 1990-talet började sambandet mellan orala infektioner och allmän hälsa undersökas mera systematiskt.

I dag är det väl dokumenterat att det råder ett entydigt och starkt samband mellan oral infektion/inflammation (främst parodontit) och bland annat hjärt-kärlsjukdomar, graviditetskomplikationer, diabeteskomplikationer och luftvägsinfektioner.

Ett direkt orsakssamband är dock inte klarlagt. Såväl epidemiologiska studier som experimentella undersökningar och enstaka studier av behandlingspåverkan (interventionstudier) redovisar biologiskt tänkbara samband. Med säkerhet kan man säga att en patient med allvarlig tandlossning har ökad risk att också drabbas av hjärt-kärlsjukdom.

För svårinställda diabetespatienter leder regelmässig behandling av tandlossningssjukdom till att blodglukosnivåer stabiliseras. Parodontit räknas som den sjätte stora komplikationen till diabetes.

Patienter som är i behov av kirurgisk behandling av tandlossning tillhör prioriteringsgrupp 2, enligt riksdagens prioriteringsbeslut. Det innebär att insatser för dessa patienter är jämförelsevis högt prioriterade då den individinriktade prevention det handlar om förhindrar komplikationer och i slutändan förlust av tänder.

7.1 Parodontit och socioekonomiska faktorer

Undersökningar har visat att fler utlandsfödda individer är helt tandlösa än motsvarande grupp svenskfödda. Förekomst och omfattning av tandlossning är mer betydande bland utlandsfödda. Av dem som avstår tandvård av ekonomiska skäl hade 75 procent problem med sina tänder under föregående år. I åldersgruppen 20–29 år uppger 27 procent att de haft problem med tänderna utan att söka hjälp. I samma åldersgrupp har 46 procent avstått tandvård de senaste åren, helt eller delvis av ekonomiska skäl. Motsvarande andel som avstår tandvård i åldersgruppen 50–59 år är 29 procent. (Buhlin et al 2003).

8 Tandvårdstaxan styr val av behandling

Det är för dyrt att behandla tandlossningssjukdom och att rotfylla skadade tänder. Det är uppenbart att många patienter väljer att ta bort sina infekterade tänder av ekonomiska skäl. Nedan redovisas ett exempel med siffror som visar den egendomliga värderingsskillnad som görs mellan parodontal kirurgi och implantatkirurgi. Ersättning från försäkringen är:

Fel! Okänt namn på

1. Enklare parodkirurgi, 1–3 tänder 107 kronor.
2. Parodkirurgi minst 4 tänder 297 kronor.
3. Implantatoperation, 1–3 fixturer 3 688 kronor.
4. Implantatoperation, 4 eller fler 5 255 kronor.

Det är en svårmotiverad olikhet av ovanstående åtgärder som ger så olika samhällssubvention för bevarande och läkning av original jämfört med ersättningar.

9 Tandvården för äldre

2003 publicerade Socialstyrelsen en rapport – Uppföljning av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård – om hur det förändrade tandvårdsstödet fungerar med uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till de äldre. Inte i något landsting rapporterades att daglig munvård som utfördes av vårdpersonal fungerade bra. Hälften av de svarande anser att den fungerar ganska bra och hälften svarar att det fungerar mindre bra. Endast 3 av 21 huvudman-naområden besvarade en fråga om det finns kontroll över hur många patienter som fått nödvändig tandvård under åren 1999–2001. Stor osäkerhet råder således om hur många som får del av tandvårdsstödet och om hur vården fungerar i verkligheten.

Den förbättrade tandhälsan innebär att de äldre har kunnat behålla fler egna tänder och färre individer är tandlösa. Med fler tänder kvar i munnen ökar dock behoven av tandvård, särskilt i de äldre åldersgrupperna. I synnerhet som det individuella sjukdomsskyddet kraftigt avtar i samband med den muntorrhet som är en mycket vanlig följd av medicinering, liksom av flera allmänmedicinska tillstånd. Det har varit ett misstag att under ett årtionde dra ner resurserna för tandvård när behoven i stället ökar. Under de senaste elva åren har tio olika tandvårdsutredningar genomförts och experimenten på tandvårdsförsäkringens område fortsätter.

Tandvården har fått utstå en exempellös besparing under 1990-talet. År 1991 uppgick det statliga anslaget till vuxentandvård till 4,2 miljarder kronor. Åtta år senare hade beloppet minskat till 1,4 miljarder kronor. Stödet till vuxentandvården reducerades alltså under denna period med två tredjedelar. Det finns få liknande exempel på nedrustningar inom svensk hälso- och sjukvård i modern tid.

10 En urholkad tandvårdsförsäkring

Tandvårdsförsäkringen har alltså urholkats kraftigt under årens lopp och de ekonomiska villkoren för patienterna har försämrats. Eftersom även de äldre fått bättre tänder har politiker och tandvårdsplanerare möjligen levt i tron att faran nu var över. Men fler bevarade och lagade tänder innebär också ökade

behov av tandvård för de äldre. Generella och kostsamma välfärdsreformer måste omprövas – speciellt om behoven förändras. Kristdemokraterna anser att avsaknaden av utvärdering och forskning är tydlig, liksom att konsekvensberäkningar inte verkar ha förekommit innan beslut fattats.

I Dalarna har man gjort en intressant epidemiologisk studie. Det finns inga skäl att tro att situationen är annorlunda i andra delar av landet. Dalarna har 287 184 invånare. På tio år har tandhälsan förbättrats så att befolkningen nu i medeltal har tre tänder mer per individ. Något förenklat innebär det en ökning med 750 000 tänder. Om man i ett räkneexempel utgår från att man har 24 tänder per patient, medför detta att tandvårdsresurser motsvarande en ökning av 30 000 patienter måste tillskapas för att säkerställa tandhälsan. Fenomenet kallas ibland tandvårdens paradox: i samma takt som tandhälsan förbättrats har behoven av tandvård ökat.

De äldre har andra tandvårdsbehov än yngre åldersgrupper. Dels har äldre – fortfarande i genomsnitt – mindre pengar att röra sig med, inklusive medel att köpa tandvård för, dels är behoven av mer kostsamma insatser i form av kirurgi, implantat och tandbryggor större hos äldre personer.

Detta är delvis en grundläggande tanke bakom införandet av högkostnads-skyddet för protetik för personer över 65 år. Samtidigt kan många tandläkare vittna om att de äldre inte blivit informerade hur mycket som måste betalas ur egen kassa. Det är inte ovanligt att patientavgiften för omfattande behandling kan bli 15–30 000 kronor trots att man uppfattat att högkostnadsgränsen går vid 7 700 kronor. Den höga patientavgiften kan göra att många äldre ändå tvingas avstå planerad vård av kostnadsskäl. För den som inte har några tillgångar är 7 700 kronor mycket pengar och om egenavgiften stiger till 20 000 kronor eller mer blir behandlingen omöjlig av betala.

11 Investeringen i tänder måste underhållas

Men det är inte bara avgifterna som blivit högre. När alltfler av de allra äldsta också behåller sina tänder krävs ökade insatser för skötsel och vård. På särskilda boenden, som ålderdomshem och sjukhem, måste tänder och proteser skötas. Oftast måste denna vård göras av någon annan, eftersom boende i särskilt boende inte är i stånd att sköta sin egen hygien.

Undersökningar har visat att vårdpersonalen behöver anslå i genomsnitt 10 minuter per dag och boende för den dagliga munvården. För ett boende med 100 dementa pensionärer, med egna tänder, broar eller implantat, behöver 15–16 vårdtimmar anslås per dag enbart till att sköta tänderna. Hur denna tid skall hittas i den pressade vårdverklighet som personalen i dag befinner sig i kan man undra över. Det är heller inte bara en fråga om att hitta tid – det handlar även om insatser som fordrar kompetens.

Även bland de äldre som bor kvar hemma med stöd av den kommunala äldreomsorgen, finns stora behov av att få hjälp med att sköta munhygien. Detta kräver både kunskap, kompetens, vilja och tid. Speciellt tiden är en bristvara. Många äldre blir inte bytta på, får inte komma i och ur säng när

Fel! Okänt namn på

man vill och har i verkligheten ingen chans att över huvud taget få komma ut. Att då förutsätta att den reguljära personalen också skall hinna med munhygien är inte alltid realistiskt.

I lagen som reglerar uppsökandehandvården sägs att vårdpersonalen ska sköta den dagliga munhygien. Vittnesmål från patienter, anhöriga och vårdpersonal ger en bild av att daglig munvård är ett försummat område. Eftersatt munhygien är förstås oacceptabel ur ett patientperspektiv. Mun- och tandohälsa som relativt lätt skulle kunna förebyggas, är sannolikt en vanlig orsak till annan ohälsa, som i sin tur leder till lidande för den enskilde och till stora vårdkostnader. Svamp eller sår i munnen, till följd av dåligt skött munhygien, gör det också besvärligt att äta och matlusten blir därefter. Att tvingas vara oren i munnen upplevs ofta djupt kränkande.

12 Ett gemensamt högkostnadsskydd

I Sverige har vi under många år haft ett så kallat högkostnadsskydd för avgifter i sjukvården. Utgångspunkten för högkostnadsskyddet är att ingen av ekonomiska skäl skall tvingas avstå vård och behandling. Varje person skall veta hur mycket man högst skall behöva betala under ett år för vård.

För enskilda människor är patientavgifter för sjukvårdande insatser en avgörande fråga om trygghet. Under 1990-talet har dock avgifterna för den enskilde ökat dramatiskt dels genom att högkostnadsskyddet höjts, dels därför att flera vårdavgifter inte omfattas av högkostnadsskyddet. Enligt Socialstyrelsen har det på tio år blivit upp till tre gånger så dyrt att besöka läkare. Även den enskildes kostnader för resor i samband med vård har ökat och dessa inkluderas inte heller i högkostnadsskyddet.

Målet för Kristdemokraternas vård- och omsorgspolitik är att ge trygghet och medmänsklig omsorg åt alla oavsett kön, ålder, ärftlig sjukdomsdisposition, etnisk bakgrund eller yrke. Alla har samma rätt att leva ett värdigt liv. Ingen skall behöva avstå från vård av ekonomiska skäl. Alltför stora kostnadsökningar har skett för dem som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade. Utvecklingen av nya läkemedel och ökade kunskaper generellt inom hälso- och sjukvården och ökade behov gör att nya lösningar måste övervägas.

Kristdemokraterna anser att en parlamentarisk utredning bör tillsättas för att utreda ett samlat högkostnadsskydd. Ett framtida mål bör vara att konstruera ett system som verkligen inkluderar alla egna avgifter i vården. Kristdemokraterna anser att det statsfinansiella läget för närvarande inte ger utrymme för stora satsningar inom tandvårdsområdet.

13 Kirurgisk behandling vid parodontit i högkostnadsskyddet

Tandhälsan har kontinuerligt förbättrats under de senaste decennierna. Detta gäller dock inte gruppen av patienter med allvarlig form av parodontit (tandlossning). Denna grupp patienter, som utgör upp mot 10 procent av befolkningen har visats (Håkansson, Norderyd) vara relativt oförändrad under de senaste 20 åren. Förhållandet är inte oväntat eftersom forskningen visat att det finns ett betydande inslag av ärftlighet i fall av grav parodontit. Den ärftliga dispositionen innebär samtidigt att det handlar om ett kroniskt – kanske livslångt – behov av extra och kvalificerad tandvård.

I svåra fall, dvs. patienter som har grava skador sedan lång tid och som har långvarig och dyrbar behandling bakom sig är kirurgisk behandling många gånger nödvändig för att komma till rätta med situationen. Denna behandling medför stora patientavgifter som läggs ovanpå tidigare höga behandlingskostnader. Det handlar ofta om specialistvård, som samtidigt förutsätter upprepade resor till ort där denna är tillgänglig.

Denna behandling ställs då som alternativ till en snabb och billig tandborttagning. Att behöva avstå från behandling av ett organ och i stället behöva amputera det av kostnadsskäl, ter sig lite apart i ett så kallat välfärdssamhälle. En utdragning av tanden följs, om sjukdomen är av generell art, sannolikt senare av ytterligare utdragningar med påföljande behov av dyrbar protetik. Denna protetik har i sin tur begränsad livslängd och får ofta bytas ut en eller flera gånger, med nya kostnader som följd för individ och samhälle.

Kristdemokraterna vill därför placera kirurgisk behandling av tandlossningssjukdom inom sjukvårdens högkostnadsskydd. Det handlar, som framgår ovan, om en utsatt grupp patienter med kronisk, allvarlig infektionssjukdom. Obehandlad leder den till bestående funktions- och organförlust och ger risk för allmänhälsan, både direkt och indirekt. Kristdemokraterna avsätter 60 miljoner kronor per år för denna reform.

14 Specialistbehandling av bettfysiologiska tillstånd och PAD

Kristdemokraterna anser även att specialistbehandling av bettfysiologiska tillstånd och vävnadsprov av tandläkare (PAD) bör placeras under högkostnadsskyddet. Båda behandlingsområdena avser patienter som, om de för samma åkomma söker sjukvården, omfattas av högkostnadsskyddet. Det kan ofta inte på förhand avgöras om diagnostik och behandling bäst sker inom tandvård eller sjukvård för dessa patienter. Att patienter som står inför vävnadsprov och att patienter med svårbehandlad – ofta långvarig och ibland invalidiserande – symptombild hör hemma inom högkostnadsskyddet behöver knappast närmare motiveras.

Kristdemokraterna avsätter 75 miljoner kronor per år för denna reform.

Fel! Okänt namn på

I senare skede, när statens finanser tillåter, avser Kristdemokraterna inkludera alltfler åtgärder med inriktning på förebyggande behandling med målet att all tandsjukvård och tandskadebehandling ska ingå i samma system som övrig hälso- och sjukvård.

Stockholm den 5 oktober 2005

Chatrine Pålsson (kd)

Inger Davidzon (kd)

Rosita Runegrund (kd)

Kenneth Lantz (kd)

Gunilla Tjernberg (kd)

Olle Sandahl (kd)

Ulrik Lindgren (kd)

Sven Brus (kd)

Torsten Lindström (kd)

Dan Kihlström (kd)