

# Odontologiskt kunskapsunderlag



**Ledningsstaben**  
**Tandvårdsgruppen**

**Sven Ordell**  
**Klas Lindström**

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>4</b>
0.1. INLEDNING .....	7
<b>1.0. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER .....</b>	<b>8</b>
1.1. SLUTSATSER .....	8
1.1.1. <i>Behov</i> .....	8
1.1.2. <i>Efterfrågan</i> .....	9
1.1.3. <i>Utbud</i> .....	9
1.2. REKOMMENDATIONER UTANFÖR LANDSTINGET .....	9
1.3. REKOMMENDATIONER LOKALT .....	11
<b>2.0 BAKGRUNDSBESKRIVNINGAR .....</b>	<b>14</b>
2.1 OM HÄLSA OCH SJUKDOM .....	14
2.2 OM UTBUD, BEHOV OCH EFTERFRÅGAN .....	16
2.3. TANDSJUKDOMARNA, EN ENKEL INTRODUKTION .....	17
2.4. OM TANDVÅRDENS PROCESSER .....	18
2.5. HÄLSOFRÄMJANDE OCH FÖREBYGGANDE INOM TANDVÅRDEN .....	19
2.6. TANDVÅRDEN OCH TANDVÅRDSLAGEN .....	20
2.7. FINANSIERING AV TANDVÅRD .....	22
2.8. STYRNING AV TANDVÅRD .....	23
2.9. HUR ERSÄTTS VÅRDGIVARNA? .....	25
2.10. DAGENS TANDVÅRDSSTÖD FÖR VUXNA .....	27
2.11. NYTT STATLIGT TANDVÅRDSSTÖD FÖR VUXNA .....	29
2.12. POLITISKA BESLUT OCH DESS PÅVERKAN PÅ MUNHÄLSAN .....	30
2.13. OM TANDVÅRDENS ROLL I FOLKHÄLSOARBETET .....	31
<b>3.0. OM BEHOV I TANDVÅRD, TEORI .....</b>	<b>34</b>
3.1. EPIDEMIOLOGI .....	34
3.1.1. <i>Syftet med epidemiologi</i> .....	34
3.1.2. <i>Epidemiologi i tandvården</i> .....	35
3.2. KUNSKAPSBRIST ELLER EJ? .....	36
3.3. KARTLÄGGNING AV NULÄGE FÖR ORALA SJUKDOMAR OCH ORAL OHÄLSA .....	38
<b>4.0 OM BEHOV, KUNSKAPSLÄGET .....</b>	<b>42</b>
4.1. SOCIOEKONOMI I ÖSTERGÖTLAND .....	42
4.2. AKUTA PATIENTER .....	43
4.3. BARN OCH UNGDOMAR OCH DERAS MUNHÄLSA .....	44
4.3.1. <i>För Östergötlands del</i> .....	45
4.3.2. <i>Andra munhälsoproblem</i> .....	48
4.4. VUXNA .....	48
4.4.1. <i>Upplevd tandhälsa/tandohälsa</i> .....	49
4.4.2. <i>Sjukdomsdata för vuxna</i> .....	49
4.5. SAMMANFATTNING AV BEHOV AV TANDVÅRD .....	54
4.5.1. <i>Sammanfattning av prevalenser av orala tillstånd hos barn och ungdomar</i> .....	54
4.5.2. <i>Sammanfattning av prevalenser av orala tillstånd hos vuxna</i> .....	54
4.6. PREVENTION OCH EGENVÅRD .....	54
4.6.1. <i>Prevention</i> .....	54
4.6.2. <i>Egenvård – kunskapsläget</i> .....	55

<b>5.0. OM UTBUD, TEORI .....</b>	<b>56</b>
5.1. TANDVÅRDENS PERSONAL .....	56
5.2. FORSKNING/HÖGRE UTBILDNING .....	57
5.3. EVIDENS BASERAD TANDVÅRD (EBD) .....	58
<b>6.0. OM UTBUD AV TANDVÅRD, KARTLÄGGNING.....</b>	<b>59</b>
6.1. JÄMFÖRELSE OCH "RÄTT" NIVÅ .....	59
6.2. LOKALT I ÖSTERGÖTLAND .....	60
6.2.1. <i>Prioritering</i> .....	61
6.3. ÖSTERGÖTLAND I JÄMFÖRELSE MED RIKET .....	62
6.3.1. <i>Beskrivning av dagsläget</i> .....	62
6.4. FAKTISKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKOSTNADER JÄMFÖRT MED FÖRVÄNTADE.....	64
6.5. UTBUDSSTUDIERNAS.....	65
6.6. SAMMANFATTNING AV TANDVÅRDSUTBUDET I ÖSTERGÖTLAND .....	65
<b>7.0. OM EFTERFRÅGAN PÅ TANDVÅRD .....</b>	<b>67</b>
7.1. FRITT VAL AV TANDLÄKARE RESPEKTIVE OMRÅDESANSVAR INOM TANDVÅRDEN .....	67
7.2. HUR OFTA BÖR MAN GÅ TILL TANDVÅRDEN .....	68
7.3. BESÖKSVANOR.....	68
7.4. PATIENTERNAS KOSTNADER FÖR VÅRD .....	69
<b>8.0 OM FRAMTIDEN .....</b>	<b>72</b>
8.1. YTTRE RAMAR FÖR TANDVÅRDEN .....	72
8.2. KRAV PÅ TANDVÅRDEN I FRAMTIDEN.....	75
8.2.1. <i>Krav från allmänheten och patienterna</i> .....	75
8.2.2. <i>Krav från olika myndigheter</i> .....	77
8.2.3. <i>Krav från anställda</i> .....	78
8.3. OM TILLGÅNG PÅ VÅRDPERSONAL, PROGNOSE.....	79
8.3.1. <i>Behov av tandvårdspersonal</i> .....	79
8.3.2. <i>Tillgång på tandvårdspersonal i Östergötland, prognos</i> .....	81
8.4. ETT RESURSPROBLEM.....	82
8.5. FÖRBÄTTRINGAR I TANDVÅRDSSTÖDEN .....	83
ORDLISTA.....	86
LITTERATURHÄNVISNINGAR.....	87

## Sammanfattning

Sammanfattningen beskriver kort innehållet i de enskilda avsnitten.

### **Bakgrundsbeskrivningar**

Kapitlet är beskrivande och redovisande.

Kapitlet beskriver munhälsa som en kombination av individens upplevda hälsa och frånvaro av sjukdom och där munhälsan är viktig för individens hela välbefinnande.

Tandvårdens omvärld i form av lagar och regelverk samt finansiering och styrning av tandvården i Sverige beskrivs. Skillnader mellan tandvården och sjukvården i dessa aspekter beskrivs.

Olika modeller för att ersätta tandvårdsutförarna analyseras kortfattat.

De nuvarande tandvårdsstöden beskrivs kortfattat liksom det förändrade tandvårdsstödet för vuxna som beslutades under våren 2008.

Politiska besluts tänkbara inverkan på tandhälsan diskuteras slutligen.

### **Om behov i tandvård, teori**

Kapitlet är analyserande.

Kapitlet beskriver användningen av epidemiologiska data.

För barn och ungdomar finns lokala data i olika serier sedan Folktandvårdens start 1938.

Lokala östgötska data saknas för stora delar av den vuxna befolkningen, men våra jämförelser tyder på att skillnaderna mellan regioner/landsting är små. Data från andra delar av landet kan användas för planeringsändamål i Östergötland.

Flera ohälsotillstånd i munnen har sådan förekomst att de är folksjukdomar.

Vanligaste orsaken till att vuxna får kostnader för tandvård är inte ny sjukdom utan att äldre reparationer måste göras om.

### **Om behov, kunskapsläget**

Kapitlet beskriver behoven hos olika grupper inom den östgötska befolkningen.

Mätproblemen och definitionerna på frisk och sjuk diskuteras.

Inom barn- och ungdomstandvården har den tidigare förbättringstakten minskat, det finns grupper som har större behov, men tandhälsan försämras inte.

För vuxna är ny sjukdom inte vanlig men vårdbehoven är stora eftersom fyllningar och konstruktioner måste underhållas och göras om många gånger i ett livsperspektiv.

De flesta är nöjda med sin upplevda tandhälsa, men en liten andel är missnöjd och anledningarna till missnöjet är sannolikt helt olika för olika individer.

### *Prevention*

Individdriktade insatser ingår i alla tandvårdskontakter. Detta är ett krav i Tandvårdslagen genom kraven på god tandvård och information till patienten. Inom barn och ungdomstandvården förstärks det ytterligare i den åtagandebeskrivning som styr denna vård i Östergötland.

### *Orala tillstånd hos barn och ungdomar*

Karies är vanligt; allvarlig sjukdom finns hos ca 6% av dem som lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomsvården. De sjukare finns oftare i socioekonomiskt svagare områden. Trots detta är de flesta väsentligen friska; fler än 60% fria från skador på tändernas sidopartier. Bettavvikelse är vanliga, ungefär var fjärde barn i av en åldersgrupp behandlas. Besvär från tuggapparaten, leder och muskler är inte ovanliga.

### *Orala tillstånd hos vuxna*

Nästan alla har något vårdbehov som följd av karies. Tidigare reparationer behöver göras om vilket är ett betydande problem för många. En del, kanske 10-15%, har allvarlig tandlossningssjukdom på någon eller flera tänder.

### *Den egna uppfattningen om munhälsan*

En liten andel av befolkningen i olika åldrar är mycket missnöjda med sin munhälsa, men anledningarna till detta skiljer sig troligen åt mellan åldersgrupperna.

## **Om utbud, teori**

Kapitlet beskriver kortfattat tandvårdens personalkategorier, forskning och högre utbildning samt ger en lägesrapport av evidensbaserad tandvård i Sverige.

## **Om utbud av tandvård, kartläggning**

Kapitlet är beskrivande.

Tandvård ses i Östergötland i huvudsak som ”nära vård”.

Andelen tandläkare med specialistkompetens är ca 10%.

Privata vårdgivare svarar för ca hälften av all allmäntandvård.

En jämförelse med sjukvården görs.

Östergötland är relativt underförsörjt med tandvårdsresurser och har sämre tillgång på legitimerad tandvårdspersonal än andra landstingsområden.

Kortsiktigt kan effekter på tandhälsan inte beläggas.

Vårdutbudet är ojämnt fördelat över länet.

## **Om efterfrågan på tandvård**

Kapitlet är beskrivande och analyserande

85% av befolkningen besöker tandvården regelbundet, men hur ofta man bör gå eller väljer att gå är individuellt olika.

Patienternas kostnader för tandvård diskuteras.

## **Om framtiden**

Kapitlet är en framskrivning i form av prognoser och analyser samt förslag.

Flera olika perspektiv belyses.

Krav på tandvården i framtiden från befolkning, anställda och patienter analyseras.

Behov av personal och förslag till förbättringar i tandvårdsstöden beskrivs utifrån landstingens roll som huvudmän för tandvården.

Möjligheterna till kompetensväxling där tandhygienisterna utför mera av vården diskuteras.

*Förbättringar i tandvårdsstöden*

Avsnittet består av förslag.

Kunskapsunderlaget vill här ge impulser till fortsatt utveckling och effektivisering av resursanvändningen. Det bör vara huvudmännens ansvar att i olika fora driva dessa och liknande frågor gentemot den nationella nivån.

## 0.1. Inledning

Enligt Tandvårdslagen är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Landstingen skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Planeringen skall även avse den tandvård som utförs av annan än landstingets Folktandvård, d.v.s. privata vårdgivare.

Föreliggande PM har utarbetats inom Tandvårdsgruppen och skall ses som ett kunskapsunderlag där ett brett material redovisas, dels som faktaunderlag för politiska ställningstaganden kring prioriteringar och uppdrag inom tandvårdsområdet, och dels som underlag för fortsatta diskussioner om tandvården. En bred bakgrund ges avseende ramar och förutsättningar inom tandvårdsområdet. Därefter följer en beskrivning av vad vi vet om behov av och efterfrågan på tandvård bland olika befolkningsgrupper. Behovs- och efterfrågebedömningarna ställs mot bedömd tillgång på tandvård nu och i framtiden i länet.

Tandvården skiljer sig dessutom i många stycken från sjukvården, vilket belyses närmare i kunskapsunderlaget.

Det odontologiska kunskapsunderlaget vänder sig i första hand till de folkvalda inom landstinget och till tjänstemän i centrala funktioner som behöver ett samlat underlag om tandvården. Landstinget är i Tandvårdslagens planeringsperspektiv huvudman för den samlade tandvården i länet, inte bara för Folktandvården, varför en bred ansats har tillämpats. Perspektiven blir inte bara medborgarnas behov utan även andra aspekter på tandvården i stort finns med. Detta är nödvändigt då sådan samlad information behövs för att kunna ta ställning till olika frågor inom tandvårdsområdet.

Varje kapitel inleds med dels en sammanfattning och dels en förklaring av vilken ”nivå” kapitlet har. Med detta menas att vissa avsnitt är beskrivande, andra analyserande och vissa slutligen är framåtsyftande tolkningar/prognoser samt förslag baserat på kartläggningarna. Kapitlen är avsedda att kunna läsas var för sig, varför de är försedda med korsreferenser och liknande texter kan därför återkomma på flera ställen. Rutorna inne i de olika kapitlens texter är tankeexperiment, exempel, fördjupning och andra illustrationer till huvudtexterna.

Arbetet med underlaget avslutades i månadskiftet maj/juni 2008. De förändringar (lagar, föreskrifter, utredningar eller liknande) som tillkommit därefter är således ej inarbetade i texten.

Det odontologiska kunskapsunderlaget innehåller även slutsatser och rekommendationer avseende framtida ställningstaganden inom tandvårdsområdet.

Avslutningsvis återfinns litteraturhänvisningar till viktigare underlag.

## 1.0. Slutsatser och rekommendationer

Kapitlet är i slutsatserna kortfattat summerande av resonemangen i detta kunskapsunderlag.  
I avsnittet rekommendationer är avsikten att vara tankeväckande och idégivande för fortsatt arbete på landstingsnivå och på andra nivåer inom olika fora.

### 1.1. Slutsatser

#### 1.1.1. Behov

##### **Orala tillstånd hos barn och ungdomar**

Den stora gruppen barn och ungdomar kommer i framtiden att ha en likvärdig eller något bättre munhälsa än idag. Identifierbara grupper och enskilda individer kommer att ha besvärande hög sjukdomsnivå. Andelen som efterfrågar tandregleringsvård och estetisk tandvård kommer med stor sannolikhet att öka och detta kräver att begränsande prioriteringar beslutas.

##### **Orala tillstånd hos vuxna**

Incidenserna av orala sjukdomar hos den vuxna befolkningen kommer att vara låga hos majoriteten av individerna men enskilda individer kommer att ha en högre nivå av sjukdomar. Den högre nivån är, förutom livsstil, bl.a. kopplad till allmänsjukdom och medicinering. Estetisk tandvård kommer sannolikt även hos vuxna att medföra ökad vårdefterfrågan.

De yngre vuxna har få fyllningar som kommer att kräva rereparationer. De medelålders med flera fyllningar kommer att kräva regelbundet underhåll och rereparationer av dessa. Dessa är från ca 40-45 års ålder idag och uppåt. De kommer att behålla sina reparerade tänder i hög utsträckning och alltså ha behov för rereparationer under sin återstående livstid. Det blir i genomsnitt till omkring år 2040. De äldre kommer att kräva väsentligt mera omfattande insatser än idag.

##### **Orala tillstånd hos äldre och funktionshindrade**

Den nuvarande sjukdomsnivån kommer sannolikt att vara oförändrad om man räknar med antalet tänder som riskerar sjukdom. Emellertid kommer de äldre ha flera tänder som riskerar sjukdom. Det kommer att bli fler rereparationer då dessa grupper har fler tänder med mera omfattande och komplicerade konstruktioner och tidigare restaurationer som måste göras om.

Sjukdomarna i munnen utvecklas snabbare hos dessa äldre individer p.g.a. medicinering och allmänt nedsatta kroppsfunktioner.



### 1.1.2. Efterfrågan

Den statliga tandvårdsförsäkringen och de subventioner man bygger in i den betyder mycket för efterfrågan inom vuxentandvården.

Efterfrågan kommer sannolikt att öka vid oförändrade priser d.v.s. i huvudsak oförändrad subventionsgrad genom tandvårdsstöden. Ökningen kan hänföras till två huvudsakliga faktorer, krav på ökad servicekvalitet och behov av allt mer omfattande reparationer av konstruktioner på den åldrande befolkningen. Det allmänna ekonomiska läget för hushållen påverkar naturligtvis också den totala konsumtionen av vård.

### 1.1.3. Utbud

Tandvårdsutbudet kommer att minska, speciellt tillgången på tandläkare. Östergötland är idag relativt sett underförsörjt med tandvårdsresurser. Detta måste i en fortsatt värdering bedömas i förhållande till behov och efterfrågan. Privattandvården är etablerad främst i de befolkningstäta delarna av länet och Folktandvården har uppdraget att sörja för att tandvård finns tillgänglig i hela landstingsområdet. Utbudet av tandvård är inte lika i Östergötland, delar av länet har problem som liknar glesbygdens med svårigheter att rekrytera tandvårdspersonal.

## 1.2. Rekommendationer utanför landstinget

Detta avsnitt är prognoser och frågeställningar baserade på kartläggningar och analyser inom detta underlag. Inom detta avsnitt finns punkter som ligger utanför landstingets egna beslutsområden men där andra beslutsnivåer kan informeras om möjligheter att positivt påverka munhälsan.

### **Nationella visioner för oral hälsa**

WHO:s regionala mål för munhälsa är inte överarbetade eller anpassade till nationella mål för Sverige, inte ens inom barn- och ungdomstandvården där det finns en lång tradition att samla in epidemiologiska data. Sådana mål skulle underlätta för lokala politiska målsättningar och prioriteringar. Olika förslag kunde, med sådana mål om munhälsa, värderas utifrån de mätbara och tydliga mål som då skulle finnas. Någon diskussion om sådana nationella mål finns idag inte på agendorna. Se även avsnitt 8.1.

### **Politiska styrmedel**

En socioekonomisk skiktad tandhälsa påverkas bäst av kollektiva åtgärder som individerna inte kan välja bort. Politiska åtgärder som vattenfluoridering och sockerskatt är sådana.

### **Tandvård med avgifter som inom öppen hälso- och sjukvård**

Munnen som del av kroppen och därmed patientavgifter som inom hälso- och sjukvården debatteras ofta och argument mot detta framförs. Dessa är sådana som, att kostnaderna till stor del inte är relaterade till ny sjukdom utan reparationer, att

skadorna ofta är livstilsberoende och därför kan påverkas av individen, och liknade. Patientavgift för vanlig tandvård i likhet med den öppna hälso- och sjukvården skulle öka efterfrågan mycket kraftigt i likhet med vad som hände med 65+ reformen inom tandvården. I kapitlet om styrning visas hur efterfrågan stiger om man har ett fast tak för patientpriset.

### **Kompetensnivåer inom tandvården**

Avgränsningen mellan vad en tandhygienist, en allmäntandläkare och en specialisttandläkare kan utföra, får utföra och bör utföra, bör belysas och detta måste ske i samverkan mellan de berörda. Huvudfrågorna bör vara patientsäkerhet och vårdkvalitet och inte vilka personalkategorier som det finns tillgång till. Tillgången bör naturligtvis sedan dimensioneras efter vad som skall åstadkommas.

### **Handikappanpassning**

I dag finns inga krav på att befintliga mottagningar skall vara handikappanpassade. Nybyggda kliniker och mottagningar har självklart de kraven. Det är sannolikt en tidsfråga innan det kommer krav på att alla vårdinrättningar skall kunna nås av alla i befolkningen.

### **Företagsformer för tandvård i framtiden**

Hur kommer tandvård att bedrivas om 15-20 år? Kommer det att finnas enmansmottagningar kvar?

FTV:s möjlighet att rekrytera personal är en nyckelfråga. Nya grepp krävs och på en arbetsmarknad är priset, d.v.s. lönenivån, det som en arbetsgivare kan använda som konkurrensmedel. Kommer stora kliniker i FTV att vara möjliga att bemanna med heltidsanställd personal? Kommer FTV att kunna hitta den mångfald av olika lösningar som troligen måste till för att klara bemanningen på mindre orter? Hur inverkar företag som drivs med korttidsarbetande EU-tandläkare där man utnyttjar skattelagstiftningen för att konkurrera med lägre priser? Kommer det att bli fler producentkooperativ uppbyggda i likhet med Praktikertjänst? Kommer de personalkooperativa företagen att öka i antal?

### **Utökad utbildning av tandvårdspersonal**

Den regionala obalansen i tillgången på kvalificerad personal kan till del minskas genom utökad utbildning av tandläkare och tandhygienister. Sådan utökning kräver dock att de nyexaminerade kan fås att flytta från studieorterna i högre omfattning än idag. Tandläkarutbildningen och dess dimensionering är en statlig angelägenhet medan tandhygienistutbildningar kan vara en angelägenhet för landstinget och hälsouniversitetet.

### 1.3. Rekommendationer lokalt

Här belyses ett antal punkter som bör studeras och utredas vidare då de behöver belysas på ett djupare sätt än vad som kan göras inom detta arbete. Frågorna ligger till största delen inom landstingets beslutsområden.

Landstinget kan påverka centrala nivåer i de riktningar vi antyder även om beslutet måste fattas nationellt: Vattenfluoridering, sockerskatt, förändringar i tandvårdsstöden och dess avgränsningar, nationell vision för munhälsa, nationella riktlinjer m.m.

Balansen mellan befolkningens behov och dess efterfrågan å ena sidan och tillgången på kvalificerad personal å andra sidan kommer sannolikt att vara besvärande. Kompetensväxlingen med flera tandhygienister löser bara till en del denna brist eftersom den vuxna befolkningens tandvårdsbehov till största delen består av omgörningar av tidigare reparationer.

Landstinget är tandvårdshuvudman och detta innebär ett planeringsansvar och ett finansiellt ansvar för delar av tandvården. I ansvaret ligger även att tillse att vården är tillgänglig inom hela landstingsområdet. Den geografiska tillgängligheten för de som har mycket sjukdom kan vara avgörande för om de kan få den sjukdomsbehandling och den vård de har behov av.

Folktandvården är den del av tandvården som landstinget själv helt kan styra och som har ett sistahandsansvar där privat tandvård ej finns. FTV har redan idag problem med att kunna rekrytera tillräckligt antal tillräckligt erfarna tandläkare till delar av länet.

#### **Landstingets roll i planering**

Landstingets roll i styrning och planering måste förtydligas, och detta kan göras i den nationella visionen för munhälsa som skisseras tidigare.

Den östgötska politiskt beslutade prioriteringsordningen för tandvården är en stadig och god grund för vidare arbete (se även avsnitt 6.2.1.). Nya idéer för förändringar måste prövas genom att se hur de styr i relation till prioriteringen.

#### **Landstingets möjligheter att tillgodose behoven**

Bättre stödsystem inom tandvården bör utvecklas exempelvis för akuta patienter, för ”äldre äldre”, för patienter med käkledsproblem och för patienter med långvarig sjukdom och medicinering.

#### **Kompetenser för planering**

Landstinget måste säkerställa kompetenser för planering och för att kunna följa befolkningens tandhälsa och tandvård även i framtiden. Att ha kompetenser för att kunna se samhällets tandvårdsproblem och föreslå lösningar med hjälp av andra vetenskaper än odontologi, och att ha kompetenser för att kunna samverka på

systemnivå med andra aktörer. Tandvård är ett litet vårdområde med andra förutsättningar än sjukvården i stort varför en god kulturkompetens och erfarenhet från det kliniska fältet bör kombineras med goda kunskaper från andra vetenskapsområden som folkhälso- och samhällsvetenskap.

### **Tillgänglighet**

Tillgänglighet blir problem för mindre orter utanför de största. Tillgänglighet är då både geografisk och kompetensmässig tillgänglighet. Hur löses tillgängligheten utanför de stora städerna? Kommer det att finnas tandvårdspersonal som vill arbeta där? Kan en tillfredsställande service och kvalitetsnivå upprätthållas med små vårdenheter? Skall landstinget arrendera ut kliniker med medellånga kontrakt? Kan landstingen samverka om lösningar i gränsområden?

Effekterna av flyttbara kliniker (utvecklade mobila enheter för tandvård) behöver studeras ur alla synpunkter såsom bl.a. patientsäkerhet, tillgänglighet och arbetsmiljö.

### **Kompetensväxlingen**

I detta sammanhang blir frågor om framtida tandvårdsteam också viktiga. Hur skall vårdgivarna kunna styras och hur skall efterfrågan kunna styras så att tandhygienisternas kompetenser kan tas tillvara på ett sätt som säkerställer en effektiv, trygg och säker vård.

### **Tandhygienistutbildning**

Mot bakgrund av prognoser om tillgång på vårdpersonal i framtiden som redovisas längre fram i detta underlag, bör landstinget överväga sådan utbildning i samverkan med näraliggande landsting eller i egen regi.

### **Prioriteringar**

Vid en resursbrist när man inte kan fylla alla behov eller all efterfrågan måste tillgängliga resurser användas till prioriterade områden. Ökat pris styr mot mindre efterfrågan, men den icke prioriterade vård som sker inom både FTV och privat-tandvården tar trots allt resurser från prioriterade insatser.

Inom barn- och ungdomstandvården kan idag patienten själv betala vård som inte ingår i den avgiftsfria vården. Det kan vara sådant som tandreglering vid små bettavvikelser eller tandsmycken. Om vården inte har resursbrist är detta ett litet problem. Vid resursbrist måste dock alltid den odontologiskt motiverade vården prioriteras.

Inom det föreslagna nya tandvårdsstödet för vuxna kommer inte all vård att vara ersättningsberättigad, vilket är ett sätt att styra efterfrågan på vård. Hur man utöver detta kan styra de privata vårdgivarna på ett meningsfullt sätt behöver analyseras i ett samhällsperspektiv. Sådan styrning skulle kunna vara geografisk fördelning av vårdresurser och liknande.

### **Folktandvårdens roll**

En långsiktig plan för var Folktandvården skall finnas och vilken servicenivå som skall upprätthållas på olika orters kliniker skulle underlätta planeringen.

### **Samverkan med andra offentliga organ**

Samverkan med andra aktörer som är viktiga för munhälsan måste byggas ut på lokal nivå. De ansatser som finns i form av lokala hälsoråd bör stöttas och kretsen av deltagande enheter göras ännu vidare inom landstingets samtliga verksamheter och inom andra verksamheter utanför landstinget.

### **Konsumentvägledning**

Landstingets patientnämnd bör kunna få uppdraget att hantera all vård som har eller borde ha offentligt stöd. ”Borde ha” är medtaget för att täcka in de grupper av individer som har rätt till offentligt stöd men av olika skäl inte fått del av stödet. Man bör kanske överväga om det skulle gå att inrätta någon enhet där patienter kan få en ”second opinion” på behandlingsförslag.

### **Sistahandsansvaret för befolkningens tandvård**

Detta lägger landstinget idag in i avtalet med FTV, men en diskussion om nivåerna, vilka patienter och vilken vård som skall ingå, borde föras mera öppet. I detta sammanhang bör kommunernas sociala myndigheter medverka för att få en enhetligare bedömning av vilken vård de kan och bör stötta som ekonomiskt sistahandsansvariga för innevånarna.

## 2.0 Bakgrundsbeskrivningar

Kapitlet är beskrivande och redovisande.

Kapitlet beskriver munhälsa som en kombination av individens upplevda hälsa och frånvaro av sjukdom och där munhälsan är viktig för individens hela välbefinnande.

Tandvårdens omvärld i form av lagar och regelverk samt finansiering och styrning av tandvården i Sverige beskrivs. Skillnader mellan tandvården och sjukvården i dessa aspekter beskrivs.

Olika modeller för att ersätta tandvårdsutförarna analyseras kortfattat

De nuvarande tandvårdsstöden beskrivs kortfattat liksom det nya statliga tandvårdsstödet som beslutades under våren 2008.

Politiska besluts tänkbara inverkan på tandhälsan diskuteras slutligen.

### 2.1 Om hälsa och sjukdom

Tandsjukdomar är vanliga i befolkningen men de är inte en oundviklig följd av nutida modern kost eller levnadssätt. Tandsjukdomar kan till allra största delen undvikas genom individernas egna åtgärder. Tandvården kan informera och stötta individerna till en hälsofrämjande livsstil. Det finns förstås klara paralleller med andra livstilssjukdomar som ger sjukdomar, symtom eller ohälsotillstånd i resten av kroppen och detta återkommer längre fram.

Patienternas förväntningar på hur det skall se ut eller på vad som bör göras har ökat kraftigt under senare tid, vilket också återkommer längre fram i denna PM.

Avgränsningarna och skillnaderna mellan begreppsparen sjukdom - friskhet och hälsa - ohälsa är viktiga för att se de samband som vi beskriver.

En nationell konsensuskonferens i Sverige försökte hösten 2002 enas om vad oral hälsa är och hur man skulle definiera den. I vårt arbete bygger vi på resultaten från denna konferens (Hugoson m.fl. 2003) och på en vid definition av hälsa som baseras på WHO:s definition. Vi menar att

oral hälsa är en nivå av hälsa i de orala och kringliggande vävnaderna som medger att individen kan äta, tala och umgås socialt utan aktiv sjukdom, obehag eller förlägenhet, och som bidrar till det generella välbefinnandet.

Hälsa är således, med denna definition, något som individen upplever i sitt samspel med sin omgivning. Sjukdom blir något som professionen upptäcker, diagnostiserar, katalogiserar och föreslår behandling för. Hälsan i munnen kan inte

ses isolerad från individen och den orala hälsan påverkar och samverkar med den allmänna hälsan (Wärnberg-Gerdin 2006).

Sambanden mellan begreppen hälsa och sjukdom kan visas som i figuren nedan.

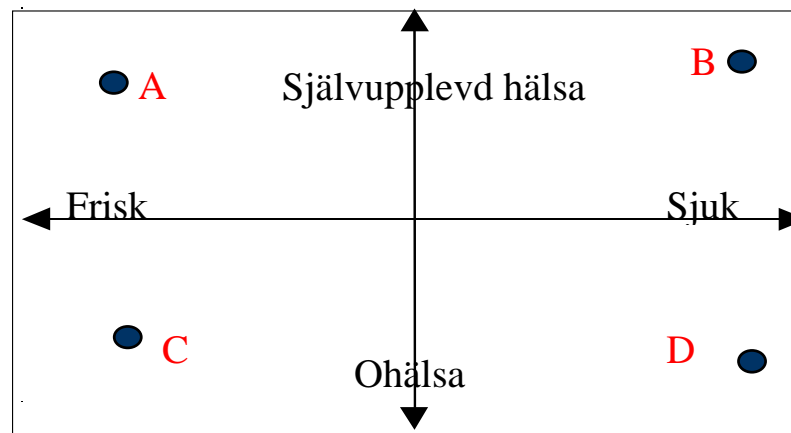


Fig. 1. Sambandet mellan sjukdom och hälsa.

I figuren ovan är alltså individerna A och C friska enligt vården medan B och D är sjuka. I en enkät med en fråga som "är du frisk" skulle individerna A och B förklara sig ha hälsa genom att svara "ja" medan C och D skulle svara "nej" och därmed ha ohälsa.

Enligt WHO, och konsensuskonferensen, är hälsa en kombination av de självupplevda komponenterna och av avsaknaden av diagnostiserad sjukdom vilket skulle representeras av ruta A i figuren.

De kombinationer som skapar problem är de med olika förväntningar, B vill inte ha behandling för något han inte upplever som problem, och C får ingen önskad vård då sjukvården inte kan "upptäcka" någon sjukdom. B kanske inte ens söker vård då han upplever sig ha hälsa. Begreppet hälsa är nära kopplat till en övergripande livskvalitet.

De flesta åtgärder som utförs inom tandvården syftar till att både påverka ohälsa och sjukdom. Det finns dock vanliga behandlingar som gör att individer flyttas från D till B, behandlingen har åtgärdat de av individen upplevda symtomen på ohälsa men inte själva sjukdomen, man har lagat tanden utan att bota den tand-sjukdom som orsakade skadan. Patienten har fått en rehabiliterande behandling utan att sjukdomen botats eller behandlats.

## 2.2 Om utbud, behov och efterfrågan

I tandvård blir dessa begrepp viktiga när de dessutom överlagras med individens efterfrågan av vård som i sin tur ofta styrs av hur kostnaden för vården uppfattas. Behov kan definieras och beskrivas på många olika mer eller mindre vetenskapliga sätt. Vi har valt, med hänvisning till de inledande diskussionerna om begrepp, att helt enkelt utgå från att behov är dels den sjukdom som tandvården upptäcker och dels den ohälsa som individen själv anger.

Den vård som faktiskt utförs kan uppfattas inom tre olika dimensioner:

Behov  
Efterfrågan  
Utbud /resurstillgång

Patientens kunskapsnivå är grunden för vilken vård som kan uppfattas som möjlig att efterfråga. Vårdgivarens kunskapsnivå är i sin tur grundläggande för vilken vård som kan erbjudas och föreslås till patienten. Efterfrågan är de besvär som patienten uppfattar och som han/hon söker för att få hjälp att åtgärda. Det finns också en latent efterfrågan där patienten visserligen uppfattar ett behov av vård men där individen inte söker vård av olika skäl.

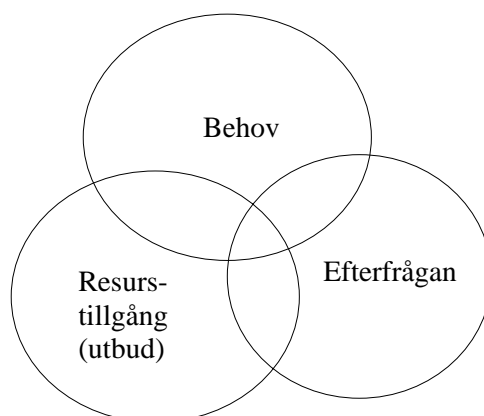


Fig. 2. Samband mellan utbud, behov och efterfrågan i vårdsituationen.

Utbudet utgörs av tillgången till vård och behovet är det behov som dels professionen mäter som sjukdom i figur 1 men också det upplevda behovet som individerna har. Efterfrågan är den andel som patienterna eller allmänheten verkligen frågar efter och är villiga att i någon form "betala" för. I större delen av hälso- och sjukvården sker "betalningen" långt ifrån den som efterfrågar vården och kopplingen mellan nytta och kostnad blir otydlig för individerna. Man efterfrågar mer än man själv skulle vara villig att "betala" för. I tandvården för vanliga vuxna är kopplingen tydligare då patientavgiften är en väsentlig del av varje individs egen kostnad för vård.



De två sektorerna inom tandvården kan ha olika fokus inom de tre cirkelarna och kan ha olika ansvar. Privata vårdgivare kan mera tillgodose den enskilda individens efterfrågan, Folk tandvården måste i sina resursfördelningar se till grupperns behov. Då emellertid vården till större eller mindre del är offentligt finansierad, eller subventionerad, ges alla vårdgivare ett ansvar för att resurserna kommer de med störst behov tillgodo. Styrningen sker genom riktlinjer och anvisningar både inom landstingens tandvårdsstöd och inom tandvårdsförsäkringen. Problemen med att verkligen få detta till stånd återkommer i avsnitten 2.8. och 8.1. om styrning av vården.

I ett planeringsperspektiv för tandvård är det alltså viktigt att skilja på dessa begrepp. En planering som utgår från att resurserna för **utbud** skall fylla **behovet** kommer att överdimensionera vården då alla **behov** inte resulterar i **efterfrågan**. Å andra sidan finns en rad utbud som baseras på **efterfrågan** och inte på ett **behov**. Den ideala kompromissen kanske finns inom det lilla området som täcks av de tre cirkelarna tillsammans, och att strävan då skall bli att utvidga den gemensamma ytan.

### 2.3. Tandsjukdomarna, en enkel introduktion

Här lämnas en mycket kortfattad beskrivning av hur de två vanligaste tandsjukdomarna (karies och tandlossning) uppstår hos individer i allmänhet. Sjuka individer eller de med nedsatt motståndskraft påverkas snabbare och kraftigare. Det finns dessutom naturligtvis många flera sjukdomar och tillstånd än de två vanligaste som vi beskriver här.

Både karies (hål i tänderna) och tandlossning är bakteriella sjukdomar. Hur allvarligt de angriper och hur fort sjukdomen utvecklas beror på individens motståndskraft och på bakteriernas aggressivitet, alltså balansen i samspelet mellan angreppsfaktorer och försvarsfaktorer.

God munhygien genom noggrann tandborstning minskar bakteriemängden och med god munhygien två gånger dagligen kombinerat med bra kosthållning kan angreppsfaktorerna så gott som elimineras. Vi talar fortfarande om friska individer.

Kariesbakterierna är beroende av kolhydrater (socker) för att kunna bilda de syror som löser upp tandemaljen och ger skador. Minskad frekvens av sockertillförsel minskar alltså frättiden. Salivens mängd och buffringsförmåga är av stor betydelse för att neutralisera syrorna och för att transportera bort dem. Fluor stärker emaljen så den bättre står emot syrorna.

Salivens sammansättning påverkas av vad och hur ofta som man stoppar saker i munnen och det i sin tur är helt beroende på vad individen väljer att inta.

Balansen mellan angrepp och försvar är känslig och gränsområdet är ofta litet och även små förändringar, exempelvis i livsföringen, kan få stora effekter på den lo-

kala miljön i munhålan. Det förtjänar att påpekas igen att sjukdom, ålder, allmän-tillstånd och medicinering är bara några av alla de faktorer som påverkar den balansen.

Slutligen, man kan bli frisk från sjukdomarna i munnen, men skadorna och behoven av rereparationer kvarstår livslångt.

## 2.4. Om tandvårdens processer

Allmänheten söker oftast sjukvården vid upplevda besvär eller vid akuta tillstånd. Det finns naturligtvis undantag som patienter med vissa kroniska sjukdomar. Processerna inom tandvården är annorlunda baserade än de inom sjukvården. Karies och tandlossning (och deras följdverkningar) är folksjukdomar som drabbar så gott som alla i befolkningen.

Tandvården bygger på regelbunden screening av stora delar av befolkningen, som då kallas av tandvården för kontroll. Likheter med hälso- och sjukvården finns vad gäller de tillstånd som ger akuta besvär där patienten själv initierar besöken även hos tandvården.

De processer som ingår i tandvårdens professionella ansvar omfattar:

Bevakning av forskningen och utvecklingen inom olika odontologiska delområden, samt i de direkta patientkontaktarna:

diagnostik och förebyggande munhälsokontroller  
behandling av förvärvade orala sjukdomstillstånd  
behandling av medfödda och förvärvade orala defekter samt  
rereparationer och underhåll av tidigare restorationer.

I Östergötland återfinns dessa punkter i den politiskt beslutade uppdragsbeskrivningen. I olika omfattning ingår också Folkhälsopolitiska uppdrag.

Ordningsföljden är inte i storleksordning eller omfattning av respektive process utan uppräkningsordningen är gjord i någon form av vårdlogik. De relativa omfattningarna av reparationer och av ny sjukdom återkommer i avsnitt 3.3. nedan.

Med utgångspunkt i detta bör följande struktur präglade de tandvårdsåtgärder och insatser som individerna skall ges. Detta gäller samtliga tandvårdsområden:

**Hälsofrämjande åtgärder** riktade till alla och som syftar till att hjälpa individerna att bibehålla hälsan, såsom informationer om livsstil, tobaksvanor och kostvanor samt frekvens av födointag,

**Sjukdomsförebyggande åtgärder**, riktade till dem som löper högre risk för sjukdom och som syftar till att förhindra att tandsjukdom uppstår exempelvis genom informationer om fluor och munhygien,

**Sjukdomsbehandling** som syftar till att behandla förefintlig sjukdom genom att få individer som är sjuka att ändra sina kostvanor och sina fluorvanor eller munhygienvanor,

**Rehabiliterande åtgärder** som syftar till att återställa förlorad funktion eller estetik vanligtvis genom fyllningsterapi för att åtgärda uppkomna defekter,

**Sekundärpreventiva åtgärder** som syftar till att förhindra att ny sjukdom uppträder genom bedömning av den individuella risken för förnyad sjukdom samt planering av de åtgärder som krävs för att förhindra detta.

Detta synsätt på åtgärder och insatser inom tandvården är viktigt för att förstå de prioriteringar som sker vid resursbrist.

Stor del av tandvårdens samlade resurser ägnas åt rehabiliterande åtgärder. De konstruktioner som utförs behöver kontrolleras, justeras och göras om många gånger under en patients livstid. Se även avsnitt 3.3.

## 2.5. Hälsofrämjande och förebyggande inom tandvården

Alla kontakter med tandvården innehåller förebyggande moment, och många av de tidiga skadorna behöver inte professionella åtgärder. Ett exempel är initialkaries, den första lilla förändringen av en tandyta som kan synas på röntgenbilder, som är ett tidigt tecken på sjukdom. Behandlingen av den skadan är helt profylaktiskt inriktad, fluorbehandling och omläggning av kosten. Dessa åtgärder är nästan helt baserade på individens egna insatser med egenvård och förändringar i kosthålllet.

Inom barn- och ungdomstandvården har FTV inom det kollektiva områdesansvaret uppdrag att möta de unga, och deras föräldrar, för information om tandhälsa, förebyggande åtgärder och liknande. För de äldre barnen och ungdomarna ingår också information om tobaksbruk och dess skadlighet. Dessa aktiviteter riktar sig till alla barn och ungdomar och skall ske i deras naturliga miljöer, såsom mödrahälsovården, barnhälsovården, skolor etc. Informationerna riktar sig till alla barn, även de som valt att få sin individuella tandvård inom privattandvården eller på annan ort.

Kollektiva insatser för hela befolkningen finns inte i Sverige annat än som reklam för tandkräm och liknande. Andra länder har tillåtit vattenfluoridering som är ett verksamt kollektivt profylaxprogram för hela befolkningen. Oron över risker för skadliga bieffekter har noggrant utretts i en stor brittisk studie år 2000. Man fann god evidens för de kariesförebyggande effekterna, men svagare stöd för att vattenfluoridering utjämnar sociala skillnader i tandhälsa. Negativa bieffekter var dental fluoros, missfärgningar på tänder som anläggs i tidig ålder.

Dessa varierar från knappt noterbara vita fläckar (vanligast) till kraftiga mörka förändringar (mycket ovanliga). Det fanns inte stöd för samband mellan vattenfluoridering och annan sjuklighet som cancer, benskörhet eller liknande (CRD 2000). Genomgången ledde till att vattenfluoridering numera är tillåten i Storbritannien.

Kollektiv fluorprofylax är en av de få metoder inom tandvården som, med SBUs kritiska värdering (se vidare avsnitt 5.3.), är vetenskapligt bevisat att vara effektiva och som dessutom riktar sig till alla utan att kräva egna insatser från individernas sida. I Sverige är generell vattenfluoridering inte möjligt då lagstiftningen inte medger tillsats av fluorider till dricksvattnet.

De hälsofrämjande åtgärderna syftar till att ge individerna själva kraft och kunskaper för att undvika att bli sjuka. Kunskaperna skall leda till att de kan välja de hälsosamma alternativen och på så sätt bibehålla hälsan och hålla sig friska.

Professionen har inte definierat budskapet till de vanliga ”friska” patienterna på ett entydigt sätt, men de gemensamma budskapen kan sammanfattas som:

Borsta tänderna med fluortandkräm två gånger dagligen.  
Låt tänderna vila mellan födointagen/stoppa inte saker i munnen mer än fem gånger om dygnet  
Gå regelbundet till tandvården på kontroller.

Tandvårdsutredningen (SOU 2007) har på sin hemsida liknade råd om hur man kan undvika sjukdomar i munnen (<http://www.sou.gov.se/tandvard/skotom/index.htm>).

Vi återkommer senare om effekterna av att det inte finns några nationella visioner, och inte heller riktlinjer, för munhälsa i befolkningen.

## 2.6. Tandvården och Tandvårdslagen

Tandvård är annorlunda än sjukvård på flera viktiga punkter som har betydelse för landstingets behovsstyrning. En är hur den vanliga vuxentandvården är organiserad med en något större volym av vården hos privata vårdgivare än hos offentliga vårdgivare.

I Tandvårdslagen (SFS 1985) definieras Folktandvård som den tandvård landstinget bedriver i egen regi. Den tandvårdsverksamhet i Östergötland som bedrivs inom käkkliniken och inom odontologisk radiologi är tandvård som landstinget bedriver i egen regi och innefattas i lagens mening i begreppet ”Folktandvård”.

I Tandvårdslagen sägs att tandvård skall ges till invånarna efter behov. Tandvårdslagen ger dessutom specificerad förtur till vissa delar av befolkningen, eftersom landstingen ges särskilt ansvar för

- \* Barn- och ungdomstandvård
- \* Specialisttandvård
- \* Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre och funktionshindrade
- \* Tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling

I den behovsbaserade vårdplaneringen ingår även akuttandvård, och landstinget skall i praktiken även tillse att behoven av akuttandvård kan tillgodoses. Akuttandvården omfattar alla som vistas inom landstingsområdet.

Landstingens ansvar för dessa vårdområden inbegriper också ett finansieringsansvar för de delar som är avgiftsfria, eller där patientavgifter endast kan tas ut i enlighet med den öppna hälso- och sjukvårdens avgifter.

Barn- och ungdomstandvården är helt avgiftsfri t.o.m. det kalenderår de fyller 19 år. Den uppsökande verksamheten till äldre och funktionshindrade är avgiftsfri, medan dessa patienter betalar enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem vid nödvändig tandvård. Patienter som får stöd för viss tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling, de definieras i Tandvårdsförordningen (SFS 1998), erlägger också avgifter som i den öppna hälso- och sjukvården (se även avsnitt 2.10. för en beskrivning).

Den del av käkkirurgin som kräver sjukhusets resurser, vilket även det definieras i Tandvårdsförordningen, innebär att patienten betalar enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Vid specialisttandvård i övrigt gäller tandvårdstaxa.

Övrig vuxentandvård inom Folktandvården skall enligt Tandvårdslagen bedrivas i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Enligt Tandvårdslagen råder i princip fri prissättning. Vad gäller den del av allmäntandvården som Folktandvården svarar för, cirka 40% av den totala vårdvolymen för vuxna i Östergötland, samt Folktandvårdens specialisttandvård fastställs taxorna genom beslut av landstingsfullmäktige i enlighet med Tandvårdslagen.

Tandvårdslagen ger landstingen ett övergripande planeringsansvar för all tandvård, även den vård som bedrivs i privat regi. För att leva upp till den övergripande planeringen måste landstingen ta hänsyn till det privata utbudet vid dimensionering av Folktandvården. För den tandvård som landstingen finansierar, barn- och ungdomstandvården och tandvård till vissa grupper, finns det styrning i form av åtagandebeskrivningar och anvisningar. Vad gäller den i privat regi bedrivna tandvården för ”vanliga” vuxna har inte landstinget någon direkt styrningsmöjlighet.

Planeringen skall enligt lagen ske i samverkan med berörda, vilket i Östergötland sker i en speciell samverkansgrupp med representanter för de privata vårdgivarna och för Folktandvården.

Den konkreta ansvarsfördelningen som Tandvårdslagen ställer upp och det faktum att finansieringsformerna för tandvård innehåller specificerade och åtgärds-

baserade ersättningar kräver en delvis relativt detaljerad och åtgärdsbaserad styrning och uppföljning.

Tandvårdslagen kräver att invånarna erbjuds tandvård på lika villkor och det kan i detta sammanhang vara intressant att tänka över vad begreppet ”lika” står för. Begreppet kan uppfattas på flera nivåer, där den lägsta är att ingen är utestängd från vård på grund av kön, ålder, religion eller liknande, en formallikhet. Nästa nivå av ”lika” är att alla skall ha tillgång till samma resurser, en resurslikhet, medan den högsta nivån kan få betydelsen att alla skall ha samma resultat av vården, en resultatlikhet.

I kommentarer till Tandvårdslagen belyses detta, och det är intressant att notera att det lagstiftaren menar med ”lika” är en formallikhet, ingen skall vara utestängd från vård på grund av etniska, språkmässiga, ekonomiska eller andra faktorer (Sundberg 1986).

Ofta används en vidare tolkning genom att politiskt och administrativt tolkas ”vård på lika villkor” som att betyda geografiskt lika tillgång och inom vården kan man ha en betydelse som är närmare resultatlikhet.

## 2.7. Finansiering av tandvård

Patientavgifterna inom tandvård är beräknade på ett helt annat sätt än inom sjukvården. Egenfinansieringens storlek har sin grund i Tandvårdslagen och i Tandvårdsförordningen som definierar patientavgifter för vissa grupper. Graden av egenfinansiering är avsevärt större än inom hälso- och sjukvården i övrigt och patienterna betalar för de individuella åtgärder som utförs. Av dessa skäl är det angeläget att beskriva hur finansieringen av tandvård går till, vem som svarar för vilken del och hur ingrepp i tandvårdsstöden kan påverka utbud och efterfrågan.

De samlade kostnaderna för tandvården i Sverige anges i WHO:s statistik (baserad på 2000 års siffror) till 0,74% av BNP eller till €178 per capita ([www.who.int](http://www.who.int)). Båda siffrorna är högre än motsvarande för de andra nordiska länderna. Andra länder, utanför de nordiska, har en helt annan uppbyggnad av sina offentliga tandvårdsstöd (om de alls finns) varför jämförelser med dessa andra länder är svårtolkade.

Allmäntandvården för vanliga vuxna patienter finansieras helt via åtgärdsbaserade patientavgifter (till ca 82%) samt av den statliga tandvårdsförsäkringen som utgår direkt till vårdgivarna (cirka 18%) (Socialstyrelsen 2006d).

Socialstyrelsen, som svarar för den officiella statistiken inom vårdområdet, anger att andelen patientavgifter år 2005 var 64% (eller 13 561 miljoner sek) av de totala tandvårdskostnaderna inklusive landstingens kostnader. Socialstyrelsen anger också att de samlade kostnaderna för landets tandvård var 21 155 miljoner sek år 2005 (Socialstyrelsen 2006d).

Landstingens samlade kostnader för tandvård var år 2005 var 4 662 miljoner sek (Socialstyrelsen 2006d). De samlade kostnaderna för tandvård för landstinget i Östergötland var år 2007 cirka 230 miljoner sek.

Patienternas kostnader för tandvård återkommer i avsnitt 7.3.

## 2.8. Styrning av tandvård

Med styrning menar vi i detta avsnitt olika nivåers möjligheter att styra tandvården i stort.

Landstingen har ett planeringsansvar för tandvården (se avsnitt 2.6.). Vad innebär detta? Kan landstinget verkligen styra tandvårdsutbudet eller kan de endast göra anpassningar till de faktiska utbudet?

Tandvårdens styrproblem är till viss del lika de som finns inom annan hälso- och sjukvård. Därtill kommer emellertid vissa förutsättningar som är beroende på tandvårdens speciella struktur med en stor andel egenfinansiering från patienternas sida i kombination med en stor andel privata vårdgivare. Landstinget kan i princip inte styra den privata vårdsektorn utom inom de områden där landstingen även finansierar vården. Se vidare avsnitt 2.6.

Styrning och kontroll förutsätter att målen för verksamheten är tydliga och kända. Tandvården styrs bl.a. genom Tandvårdslagen, Tandvårdsförordningen och föreskrifter från olika myndigheter. Med konkreta långsiktiga mål för verksamheten kan förslag och beslut prövas genom att se hur väl utfallet kan leda mot dessa mål. Finns inte dessa klara mål, eller om olika delar av målen är motsägelsefulla kan inte utfallen användas för att värdera besluten.

I dagsläget kan landstinget styra sin egen tandvårdsorganisation, Folktandvården, och den del av vårdutbudet som är finansierat av landstinget. De patienter som går hos de privata vårdgivarna är i övrigt inte beroende av landstinget, finansieringen sker via patientavgifter och från den statliga tandvårdsförsäkringen (se avsnitt 2.7.). De privata vårdgivarna har för vanliga vuxna inga avtal med landstinget om att erbjuda viss vård.

De politiska styrproblemen är tydligast och mest svårbemästrade när det gäller var tandvårdsutförarna skall verka geografiskt, och kan sammanfattas i frågan: Hur får man tandläkare att flytta från studieorterna? Svensk Folktandvård har brottats med detta sedan dess start år 1938. Tandvårdsförsäkringen hade fram till 1998 en teoretiskt sett kraftig styrning av hur tandläkare fick ansluta sig till försäkringen. Den skulle förhindra att flera privata vårdgivare etablerade sig i områden som var väl försörjda med resurser. Den styrningen var inte så verksam som det såg ut genom att regelverken successivt urholkades genom en glidande praxis.

Det andra frågekomplexet handlar om hur man skall få vårdgivarna att hushålla med de tillgängliga resurserna så att grupper av patienter med störst behov prioriteras och får ”rätt” vård vid ”rätt” tillfälle. Till detta kommer viljan från de offent-

liga finansiärerna att kunna förutse och därmed kunna budgetera kostnaderna. Finansieringen i stort återfinns i avsnitt 2.7. och patientkostnaderna i avsnitt 7.3.

Den vård som landstinget finansierar styrs genom Tandvårdsgruppens anvisningar (barn- och ungdomsvård och tandvård till särskilda grupper) och genom den kontroll som sker innan behandlingarna startas (förhandsbedömningar). Bedömningen sker dels om patienten är berättigad till stöd, dels om den föreslagna behandlingen skall omfattas av stödet. Kostnaden för vården bedöms också enligt det regelverk som finns. Styrningen är verksam på lika villkor både mot Folk tandvården och mot de privata vårdgivarna.

Subventioner av olika slag styr alltid efterfrågan, så även inom tandvården. Om dessutom finansieringen är uppbyggd så att konsumenten betalar styckepris upp till ett fast tak och att kostnaden därefter är utan ökad patientandel, oberoende av efterfrågad volym, blir det angeläget för såväl vårdgivare som patient att snabbt nå upp till detta tak.

Tandvård skiljer sig synbarligen från sjukvård genom att det inom tandvården oftast finns enklare/billigare eller mera komplicerade/dyrare sätt att rehabilitera en patients skador på.

Om varken producenten eller konsumenten har något egentligt eget intresse av att begränsa volymen eller kostnaden kan man anta att efterfrågan ökar ytterligare. I en professionell organisation kan då en vårdgivare helt uppfylla sina professionella förpliktelser gentemot patienten och föreslå bästa möjliga rehabilitering och en patient kan efterfråga denna utan tanke på kostnads kontroll. Ingen av parterna behöver eller har ens incitament att föreslå enklare/billigare alternativ för rehabiliteringen. Tandvårdsgruppen ser sådana effekter vid de prövningar av vård som landstinget finansierar inom den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Behandlingsförslagen kan ofta modifieras utan negativa effekter för patienterna.

Den tänkta finansieringsmodellen förvärras om varken finansiären, vårdgivaren eller patienten vet det faktiska priset för den individuella vården. Inom tandvården är systemet transparent och de intresserade kan följa varje kostnad, med få undantag. Andra vårdformer, såsom hälso- och sjukvård, har inte alltid denna transparens.

I en modell med kapitation har vårdgivaren ett intresse av att begränsa vårdens kostnader, såväl vårdambitionen som vårdvolymen, och i ett system med rörliga patientavgifter har patienten själv detta intresse (Se avsnitt 2.9.).

De synpunkter som ibland förs fram att överföra medlen för den statliga tandvårdsförsäkringen till landstingen kan ses som såväl logiskt som lockande i analogi med hur medlen för sjukvården hanteras. Om ett sådant förslag kan ses som huvudsakligen bra eller inte beror på vilka problem som skall lösas genom en sådan förändring.

Styrningsproblemen består i stort av två olika problemkomplex; fördelningen geografiskt av tandvårdsresurser mellan och inom landstingen samt vilken vård som



sedan resurserna används till.

Fördelningen mellan landstingsområden skulle sannolikt försvåras om alla tandvårdsmedlen överfördes till landstingen. Inom landsting med tandläkarutbildningar kommer det alltid att finnas ett ökande ”behov” av mera vård.

Fördelningen inom ett landstingsområde skulle påverkas positivt av en överföring av tandvårdsmedlen till landstingen då detta skulle öka möjligheterna att tillskjuta egna skattemedel för att exempelvis upprätthålla service i glesbygdsområden. Någon form av statlig kapitation till landstingen/vårdgivarna kanske skulle kunna påverka så att mer resurser tillfördes de landsting som inte har tandläkarutbildningar. Dessa frågor återkommer i avsnitt 8.3.2.

Vilken vård som utförs kan kanske styras lättare inom ett landstingssystem, men den kritik som ibland framförs att landstingen ersätter vård olika skulle sannolikt öka (se exvis Socialstyrelsen 2005, Socialstyrelsen 2007b).

Regelsystemen för landstingen och för Försäkringskassan är dessutom olika där Försäkringskassans beslut kan prövas rättsligt medan landstingens beslut är vårdbeslut som inte kan överklagas.

## 2.9. Hur ersätts vårdgivarna?

Nära kopplat till styrningen av vården är frågor om hur vårdgivarna ersätts. Ersättningen kan ske baserat på två olika grundsystem; ett styckeprissystem där varje enskild åtgärd ersätts efter en fastställd taxa, eller ett kapitationssystem där vårdgivaren får en fast ersättning per patient. I dag finns olika system inom olika delar av tandvården. Inom tandvårdsförsäkringen ersätts vårdgivarna efter ett styckepris-system. I landstingens barn- och ungdomstandvård ersätts vanligen vårdgivaren efter ett kapitationssystem kombinerat med en riskpott för höga kostnader för vårdgivarna. I abonnemangstandvård erlägger patienten en fast årlig premie.

Styrningen blir olika i de två systemen. I extremfallen leder kapitation till för lite vård genom att vårdgivaren lockas att utföra minsta möjliga vård på varje patient. I fallet med styckepris leder det i extremfallet till för mycket vård, genom att vårdgivaren vill utföra så många åtgärder som möjligt.

Den risk för oplanerad sjukdom, eller ökat behov, som alltid finns i ett försäkringsbaserat vårdssystem bärs av olika nivåer i dessa bägge typer av ersättning. Med kapitationsersättning får vårdgivaren stå för de extra åtgärderna medan finansären kan beräkna sina kostnader. Med en styckepristaxa står finansären och patienten risken för ökade åtgärder som de inte kan beräkna i förväg, medan vårdgivaren får ersättning för sina insatser.

Kapitation kan vara mycket effektivt i de fall man har många patienter och att risken för varje patient i stort är lika och känd. Barntandvården är ett sådant exempel. Kapitation lämpar sig mindre väl när varje vårdgivare har små volymer eller när riskerna för sjukdom hos patienten är svåra att beräkna eller påverka från

vårdgivarens sida (jfr avsnitt 2.3. om sjukdomarna i munnen).

Från olika producenthåll uppfattas önskemål från en andel patienter som önskar ha kontroll över sina kommande tandvårdskostnader. Tandvårdsförsäkringens uppgift som försäkring mot höga kostnader har kraftigt tonats ner under en längre tid och har nästan upphört sedan tandvårdsreformen 1999. Det nyligen beslutade förändrade tandvårdsstödet för vuxna återinför ett skydd mot höga tandvårdskostnader (se avsnitt 2.11.). Kapitationsersättning är önskvärt för finansären och olika fastprissystem för tandvård har konstruerats.

Fastpristandvård som alternativt betalsätt har erbjudits i olika former och under olika benämningar. I dessa görs en bedömning av patientens risk för tandvårdskostnader och denna risk för kostnad är sedan basen för den årliga premie som patienten betalar. Premien bestäms med ledning av behoven av sjukdomsbehandling sammanvägt med behoven av rereparationer av tidigare rehabiliteringar. För vuxna utgör dessa rereparationer av tidigare reparationer den största vårdvolymen och behandling av ny sjukdom utgör en väsentligt mindre del (se vidare avsnitt 3.3.). Ytterligare och mera fördjupad diskussion om olika ersättningsmodeller finns i den under 2007 framlagda statliga utredningen om nytt ersättningsystem för vuxentandvården (SOU 2007).

Fastpristandvård är kraftfullast genomfört av Folktandvården i Värmland, där det också utvärderats i en avhandling. Författaren visar att patienter inom abonnemangstandvård medför en högre kostnad för försäkringsgivaren med mellan 51% och 84%. Det finns således en effekt att abonnemangspatienter söker vård oftare och att de kräver, och får, mera vård. Han visar också att det är en selektion på så sätt att högre riskklasser, med högre premie, väljer bort abonnemang och lägre riskklasser väljer abonnemang relativt oftare. Friskare patienter väljer alltså abonnemang i högre utsträckning. Fram stiger bilden av en abonnemangspatient som en relativt friskare individ som konsumerar mera vård (Grönqvist 2004). Även andra forskare drar liknande slutsatser från sina analyser (Johansson 2007a).

I en översiktsartikel från 2007 granskas den vetenskapliga litteraturen vad gäller skillnader och effekter av olika betalningssätt på tandvården. Författarna finner där att det lagas mindre med kapitation och det ges mer förebyggande vård. Man finner inga effekter på produktiviteten eller på arbetstillfredsställelse (Johansson 2007b).

Fastpristandvård löser inte problemen för individer med höga tandvårdskostnader. Premien är baserad på individens risk för kostnad inom tandvården. Premien beräknas på tre huvudfaktorer; en allmän risk såsom högre ålder, medicinering eller tobaksbruk, en risk för tandsjukdomar samt risken för att äldre konstruktioner behöver repareras eller göras om. Det som individen kan påverka framåt är risken för ny sjukdom. Det är inte möjligt för individen att påverka de andra faktorerna i någon högre grad, speciellt inte risken för att gamla reparationer går sönder. Inte heller kan de allmänna riskerna, med undantag för tobaksbruk, påverkas i högre grad. Den fasta patientavgiften för abonnemang för en vuxen patient i Folktandvården varierar i Östergötland mellan 515 och 8 900 sekr per år (2008 års taxa).

I Östergötland har betalformen rönt begränsat intresse. En försäkringsform som fastprisstandvård inrymmer flera problemområden för en offentlig vårdgivare. Den politiskt beslutade prioriteringen kan komma i konflikt med de avtal som vårdgivaren upprättar med patienterna. Detta utvecklar Tandvårdsgruppen i ett PM daterat 2005-12-02 som finns tillgängligt på Tandvårdsgruppens hemsida ([www.lio.se](http://www.lio.se)).

## 2.10. Dagens tandvårdsstöd för vuxna

Här följer en kort beskrivning av de nuvarande stöden och uppdelningen mellan statliga stöd och landstingens stöd.

De nuvarande stöden infördes 1999 och har sedan dess förändrats på några punkter. Förändringar inom det statliga tandvårdsstödet kommer att äga rum 2008-07-01, dessa redovisas i avsnitt 2.11.

Landstingens ansvar för tandvård till barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 ligger fast som en bas och berörs inte vidare här.

Indelningen mellan statens och landstingens ansvar som gjordes vid förändringarna 1999 var att landstingen fick ett utökat ansvar för vissa grupper patienter samtidigt som det statliga stödet för vanliga vuxna patienter fokuserade på att hjälpa befolkningen att bibehålla munhälsan. Det statliga stödet för stora tandvårdskostnader minskades.

Tandvårdsförsäkringen ger stöd till patienterna baserat på en åtgärdstaxa som är fast, och vårdgivaren har möjlighet till fri prissättning. Folktandvårdens taxor beslutas av landstingsfullmäktige.

Landstingen har ansvar för uppsökande verksamhet till fyra definierade grupper patienter med stort personligt omvårdnadsbehov. De flesta av dem finns i kommunernas särskilda boenden eller bor i eget boende och får omfattande stöd från den kommunala hemtjänsten. Alla patienter med beslut om stöd enligt LSS ingår också som en av grupperna. Kommunerna bistår med att identifiera patienterna och skriva intyg till landstinget som beslutar om att patienten har rätt att ingå i reformen. Den uppsökande verksamheten är avgiftsfri för individen och för kommunen.

Den uppsökande verksamheten upphandlas och innefattar erbjudande om munhälsobedömning hos den berättigade samt utbildning riktad till omvårdnadspersonalen.

De berättigade har också rätt till nödvändig tandvård. Patientavgiften är samma som inom den öppna hälso- och sjukvården och kostnaden inräknas i högkostnads-skyddet. Syftet med den nödvändiga tandvården är att ge en bättre livskvalitet genom att patienten skall kunna tala och tugga och inte ha besvär från munnen. Många av dessa patienter, som ofta är gamla och sköra, har tappat sin tidigare tandvårdskontakt och har ett eftersatt vårdbehov. De berättigade patienterna väljer fritt vilken tandvårdsutförare de vill besöka för den nödvändiga tandvården.

Flera grupper patienter har medicinska problem som kräver att deras tandvård fungerar eller har medicinska problem som förvärrar deras munhälsoproblem. Staten ger utökat stöd till patienter med långvarig medicinering eller långvarig sjukdom som påverkar deras munhälsa. Detta stöd administreras av Försäkringskassan.

Landstingen ger stöd till 14 definierade grupper av patienter som får viss tandvård inom öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Den delen är olika för de 14 olika grupperna och för annan tandvård har de patienterna inget utökat stöd. Dessa patienter kan alltså få viss vård enligt öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem och annan vård inom den statliga tandvårdsförsäkringen.

De 14 grupperna berör vitt skilda patientgrupper, och deras rubriker beskrivs i rutan.

### **Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid**

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

13. Patienter med Sjögrens syndrom.

14. Patienter med nedsatt salivfunktion till följd av strålbehandling.

Avgränsningsproblemen både till personkrets och till vilken vård som skall ersättas styrs genom de anvisningar Tandvårdsgruppen utarbetar. Dessa i sin tur baseras på Tandvårdsförordningen (SFS 1998), Socialstyrelsens meddelandeblad (Socialstyrelsen 2004) och på samverkan med andra landsting. Anvisningarna finns på [www.lio.se](http://www.lio.se) (klicka sedan Landstingets tandvårdsstöd; Anvisningar).

Tandvårdsgruppen följer upp utvecklingen löpande med årsvisa rapporter. Det gäller bl.a. hur många av dem som önskar munhälsobedömning och som fått sådan samt hur stor andel av omvårdnadspersonalen som deltagit i utbildning. Vi följer också kostnader och utnyttjandegrader inom den rent tandvårdsmässiga delen av reformen.

## 2.11. Nytt statligt tandvårdsstöd för vuxna.

Från olika håll framfördes kritik mot att den statliga tandvårdsförsäkringen inte bättre ersatte höga tandvårdskostnader. En utredning tillsattes med direktiv att dels ge stöd till alla för att bibehålla och öka andelen som går regelbundet till tandvården, dels ge ett stöd till höga behandlingarkostnader. Utredningens förslag ledde till ett riksdagsbeslut om nytt ersättningssystem för vuxna under våren 2008. Beskrivningen som följer redovisar beslutet (SOU 2007, Prop 2007/08).

I detta ingår ett allmänt tandvårdsstöd som kan utnyttjas till valfri tandvård, beloppet är 150 sek årligen och det kan sparas i två år. För att stimulera till regelbundna besök fördubblas beloppet för dem mellan 20 och 29 år samt för dem 75 år och äldre.

I modellen ingår också en procentuell återbäring på höga kostnader. Patienten betalar hela kostnaden upp till 3 000. Därutöver inträder försäkringen så att mellan 3 000 och 15 000 sek får patienten en ersättning med 50% och för kostnader över 15 000 sek ersätts patienten med 85% av kostnaden.

Kostnaderna som ersätts baseras på referenspriser som skall vara kostnadsäckande, medan tandvårdens priser till patienten kan sättas fritt. All vård ersätts inte.

Riksdagen vill dessutom med olika åtgärder stärka patientens roll som konsument. Det som ingår är sådant som en prisportal med jämförelsepriser, skriftliga undersökningsprotokoll och kostnadsförslag till patienterna och en förstärkning av kompetenserna hos sjukvårdsupplysningen.

## 2.12. Politiska beslut och dess påverkan på munhälsan

Tandhälsan påverkas främst genom de val som individerna själva gör, men de yttre ramarna kan hjälpa individerna att göra mer eller mindre hälsosamma val. Ett exempel från tandvårdsområdet på hur yttre förhållanden påverkar finns i en äldre sammanställning av tandsjukdomar för flera år i följd från Göteborg och gäller antal fyllningar per år och barn inom skoltandvården.

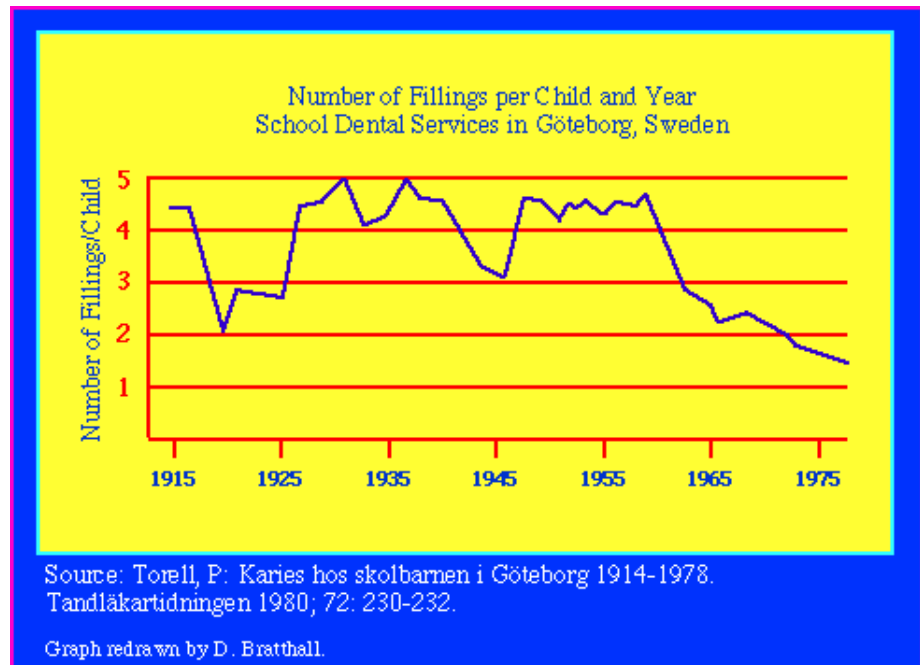


Fig.3. Karies hos skolbarn i Göteborg 1914-1978. Källor enligt bilden.

Genomsnittligt antal fyllningar per skolbarn och år är ett grovt mått, men effekterna syns tydligt; det är två kraftiga nedgångar innan den generellt nedåtgående trenden tar över från 1960-talet och framåt. Vid den tidpunkten infördes fluortandkräm på bred front, lördagsgodis blev ett etablerat begrepp och regelbundna fluorsköljningar infördes i skolorna.

Det som den här kurvan kan lära oss är bl.a. att styrmedel utanför vården kan vara mycket effektiva i att påverka befolkningens hälsobeteende. Under de två världskrigarna rådde sockerransonering, vilket återspeglas i de brant nedåtgående kurvorna för karies både 1916-18 och 1940-45.

Vilken av faktorerna fluortandkräm, lördagsgodis eller fluorsköljningar som slutligen gav störst effekt på 1960-talet går inte att besvara.

Politiska beslut kan ha samma påverkan som de påtvingade sockerbegränsningarna i detta exempel.

## 2.13. Om tandvårdens roll i folkhälsoarbetet

Detta avsnitt tar sin utgångspunkt i WHO:s strategier för hälsoarbete och de insikter som där alltmer tydliggörs i handlingsplaner och strategier för hälsofrämjande arbete. Tandvården påverkar folkhälsan på flera olika nivåer. Dels direkt genom att en friskare mun ökar livskvaliteten, dels indirekt genom att påverka de faktorer som orsakar munsjukdomar hos individerna/patienterna.

Vad gäller tandvård och tandvårdens samverkan med sjukvården i äldre tider kan noteras att sambandet mellan dåligt tandstatus och allmän hälsa insågs tidigt. Den äldsta odontologiska epidemiologiska studien i landet genomfördes i slutet av 1890-talet och omfattade en enkät till föräldrarna, samt medicinsk och odontologisk undersökning av cirka 16 000 skolbarn på olika orter (Ramberg 1916). Den var starten till diskussioner i flera utredningar som 1938 ledde till att Folk tandvården startade. En av flera viktiga anledningar var att barnen var borta från skolan på grund av tandvärk.

Tandvården har andra kontakter med befolkningen än vad hälso- och sjukvården har. Tandvården träffar regelbundet så gott som hela befolkningen, och framför allt de individer som inte har anledning att söka medicinsk vård, de känner sig friska. Befolkningens besöksvanor hos tandvården beskrivs i avsnitt 7.2.

WHO:s strategier baseras på koncept som gemensamma riskfaktorer och tvärsektoriell samverkan, där många aktörer inom och utom hälso- och sjukvården gemensamt angriper bakomliggande riskfaktorer eller de beteenden som manifesteras som olika sjukdomar eller socialt riskbeteende.

Fig. 4 nedan, är hämtad från WHO, vars program för Oral hälsa sammanförs med andra sjukdomsgrupper i en grupp som kallas "icke smittsamma sjukdomar".

Tandvård uppmanas att samverka med sjukvården mot dessa gemensamma riskfaktorer. Länder och regioner (region inom WHO är överordnat länder, vår region är europaregionen) uppmanas att ha hälsostrategier som ger effektiv kontroll av riskerna för oral ohälsa och som baseras på ett synsätt med gemensamma riskfaktorer. Livsstilsfaktorer ges hög prioritet i de hälsofrämjande strategierna. WHO-programmen arbetar utifrån ett livscykel tänkande, där nu program för barn och för gamla ges prioritet.

## Tandvårdens roll i folkhälsoarbetet

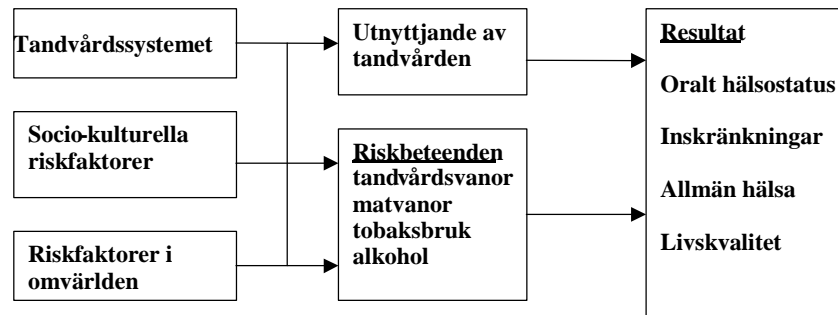


Fig. 4. Tandvårdens roll i folkhälsoarbetet. (Efter Petersen 2003).

Bilden är ett sätt att förklara att många sjukdomar eller ohälsotillstånd har gemensamma orsaksfaktorer. Många sjukdomar, även de i munnen, är multifaktoriella och har inte en enstaka speciell orsak. Kan dessa grundläggande gemensamma riskfaktorer påverkas och minskas så förbättras hälsan inom många olika sektorer. Det som framgår är att många gemensamma faktorer är sådana som till största delen påverkas av individerna själva. Dessa livsstilsfaktorer ligger till stor del utanför hälso- och sjukvårdens kontroll. Det framgår också att god tandhälsa inte kan fungera utan nära integration i individens uppfattning av sin allmänna hälsa. Tänderna och munnen är en viktig del av kroppen.

Landstinget i Östergötland har initierat ett tvärssektoriellt samarbete inom barn- och ungdomstandvården som riktar sig mot gemensamma riskfaktorer. Detta gäller de riktade insatserna till definierade socioekonomiskt svagare områden med större sjuklighet. Dessa beskrivs i avsnittet 4.3.1.

I avsnitt 2.4. behandlas de processer som tandvården utför och den viktigaste faktorn är hälsobevärande åtgärder, att ge patienterna sådana kunskaper att de kan bibehålla en god munhälsa. WHO benämner det "empowerment". Om tvärssektoriella ansatser i den riktningen skall lyckas krävs det att alla inblandade sektorer har ett i basen gemensamt budskap så att dessa samverkar gentemot patienterna.

### 2.13.1. Tandvården i kampen mot tobaksbruk i länet, ett exempel

Tandvården är den del av vården som på ett regelbundet sätt möter hela befolkningen, speciellt den del av befolkningen som är medicinskt frisk. En konsekvens av detta är att i åtagandet inom barn- och ungdomstandvården ingår att registrera tobaksbruk från 12-års ålder. Inom vuxentandvården finns ett liknande åtagande för Folktandvården.



Från detta att endast registrera bruk av tobak har nu tandvården i Östergötland möjlighet att aktivt arbeta med avvänjningsprogram för såväl ungdomar som vuxna. Tandvårdens profylaktiskt inriktade personal har också möjligheterna att träffa medicinskt friska delar av befolkningen, vilket ger möjligheter att nå andra målgrupper för tobaksavvänjning än de som primärvården når. Sådant program finns sedan år 2006, där tandvårdspersonal kan erbjuda patienter tobaksavvänjning på samma villkor (vad avser avgiften för patienten) som inom hälso- och sjukvården. Klinikerna/mottagningarna ersätts motsvarande timtaxan för tandhygienist.

Programmet för tobaksavvänjning vänder sig till patienter med tobaksbruk och kan utföras både inom den privata tandvården och till Folktandvården.

### 3.0. Om behov i tandvård, teori

Kapitlet beskriver användningen av epidemiologiska data. Flera ohälsotillstånd i munnen har sådan förekomst att de är folksjukdomar. För barn och ungdomar finns lokala data i olika serier sedan Folktandvårdens start 1938. Lokala östgötska data saknas för stora delar av den vuxna befolkningen, men våra jämförelser tyder på att skillnaderna mellan regioner/ landsting är små. Data från andra delar av landet kan användas för planeringsändamål i Östergötland. Vanligaste orsaken till att vuxna får kostnader för tandvård är inte ny sjukdom utan att äldre reparationer måste göras om.

Behov av vård kan definieras och beskrivas på många olika mer eller mindre vetenskapliga sätt. I detta underlag har vi valt att helt enkelt utgå från att behov är dels den sjukdom som tandvården upptäcker och dels den ohälsa som individen själv anger. Tandvården behandlar många olika sjukdomar och skador men fokus ligger i första hand på kariessjukdomen.

I en sådan definition, där patienten kommer att medverka, krävs att patienterna är välupplysta och att de får relevant information från vårdgivarna. Information handlar självklart om egenvård och profylax, men även om behandlingsalternativ, deras för- och nackdelar samt kostnader.

Hälso- och sjukvården i stort behöver också aktuell information om de samband mellan munsjukdomar och allmänsjukdomar som blir mer och mer tydliga även om de vetenskapliga bevisen ännu är få. Pågående forskning söker värdera de samband man noterar mellan exempelvis tandlossningssjukdom och hjärt- och kärlsjukdomar.

Kostnaderna för individ och samhälle för tandvård kan nedbringas om kunskaper kan påverka så att beteenden kan ändras.

## 3.1. Epidemiologi

### 3.1.1. Syftet med epidemiologi

I ett odontologiskt kunskapsunderlag är epidemiologi ett sätt

- 1/ att beskriva och följa hela eller grupper av befolkningens hälso- och/eller sjukdomsutveckling,
- 2/ att identifiera grupper som har större sjukdomsrisk än andra
- 3/ att vara faktaunderlag för uppdrag och prioriteringar inom tandvårdsområdet.

Dessa tre samverkar sedan till

4/ att kunna öronmärka och avsätta resurser som har effekter som förändrar utvecklingen.

### 3.1.2. Epidemiologi i tandvården

Epidemiologi betyder läran om fördelning av hälsa och sjukdom i en befolkning och de faktorer som påverkar hälsa eller sjukdom. D.v.s. både hur hälsan fördelas och vad olikheter kan bero på i en definierad befolkning. Syftet med kunskapen är att finna de faktorer som kan påverkas för att ändra fördelningen. Det kan finnas faktorer som är påverkbara på olika nivåer i samhället, och i program för att förbättra hälsoläget är det angeläget att identifiera vilka beslutsnivåer som har bäst möjligheter att påverka i önskad riktning (se exemplet med de göteborgska barnen och sockerransoneringen i avsnitt 2.12.). Interventionsmöjligheten är det centrala, inte kunskapsinsamlingen i sig.

Epidemiologi inom tandvården har ofta uppfattats att betyda den regelmässigt insamlade kariesstatistik för barn och ungdomar, som finns i olika tidsserier sedan Folk tandvårdens start 1938. Språkbruket har på så sätt dels begränsat innehållet i epidemiologin, dels begränsat vad som ses som möjliga metoder för datainsamling.

Inför datainsamlingen måste man också ta ställning till om beskrivningen skall innefatta hälsa eller sjukdom och om den skall avse tillstånd hos befolkningen eller hos patienterna, som utvecklades i det inledande avsnittet.

Tandvården använder vanligtvis olika index för att beskriva en individs eller en befolknings genomsnittliga belastning av sjukdom och restaurationer. För kariessjukdom anges hur många tänder eller tandytor som är drabbade. En framtand har i sådant fall fyra ytor och en kindtand anges ha fem. När man anger genomsnitt av drabbade ytor eller tänder bör man ta hänsyn till hur många tänder varje individ har, som alltså är basen för hur stor andel som kan drabbas.

De förkortningar man använder är

DMFT= (decayed, missing, filled teeth) skadade, utdragna eller fyllda tänder på grund av karies. Skrivet med gemena (små bokstäver) anger indexet mjölkttänder.

DMFS anger på samma sätt antal kariesskadade ytor (surfaces).

DFT= skadade eller fyllda tänder

DFSa= skadade eller fyllda sidoytor (approximant = mellan tänderna inom samma tandbåge).

DSa= skadade sidoytor

Man anger andelen helt utan sjukdom eller erfarenhet av sjukdom som % DMFT=0.

Man skiljer också på nya angrepp och på angrepp på redan skadad yta.

Primärkaries = kariessjukdom i tidigare frisk tand eller yta

Sekundärkaries = kariessjukdom i tidigare restaurerad tand eller yta

Olika delar av tanden har olika känslighet för skador. En liten prickfyllning på en tuggyta är mindre allvarlig än en skada på en kindtands sidoyta där tänderna står mot varandra. På sidoytan är det svårare att göra en liten fyllning, man ser inte lika enkelt och man måste ta bort frisk vävnad för att komma åt det skadade området. Det är mycket svårare för patienten att sedan underhålla fyllningen; det var ju svårt att hålla rent redan från början och fyllningar har kanter och ojämna ytor samt en annorlunda ytkemi än den oskadade tanden.

Det mått tandvården vanligen använder i sammanställningar över kariessjukdomen är DFSa. Det ger ett samlande mått på aktuell sjukdom och tidigare sjukdom på de ytor på tänderna som är viktigast i ett perspektiv av framtida risk för ny sjukdomsbelastning eller rereparationer av äldre restaurationer. Vill man ha ett mått på den aktuella sjukligheten mäter vi företrädesvis DSA. Bägge dessa mått har hög validitet eftersom man kan kontrollera registreringarna i efterhand genom förnyad granskning av röntgenbilderna.

Ett annat problem som förs fram är att de rutinmässiga registreringarna endast mäter skador som har gått så långt att de måste åtgärdas professionellt. De första små skadorna som kan ses på röntgenbilder, de initiala skadorna, registreras inte. Orsaken till att dessa inte registreras är svårigheterna i att bedöma dels av vad som är skada och dels om skadan förvärrats sedan föregående undersökning. Det krävs stor precision i bilderna och stor erfarenhet hos vårdgivaren för att avgöra om förändringen är en aktiv eller en avstannad sjukdomsprocess. Skadan måste följas under flera år innan det går att veta om den röntgenologiska förändringen är en avstannad process.

De olika måtten används i internationella jämförelser och i jämförelser mellan åren. I sådana jämförelser är det viktigt att veta att förhållandena för undersökningarna och kriterierna för sjukdom kan vara olika i olika länder och även inom ett land förändras de över tid. Detta kan få till följd att det som upptäcks och registreras som sjukdom kan vara olika saker under olika betingelser. Så kan en screening av en skolklass med ficklampa i en gymnastiksal visa andra resultat än en undersökning på en tandklinik med bättre tekniska hjälpmedel. Tidsperspektiven inom tandvården är ibland långa, flera decennier, så det är en viktig faktor att ta hänsyn till i analyser av skeenden.

### 3.2. Kunskapsbrist eller ej?

För den vuxna delen av befolkningen finns inga rikstäckande kliniska undersökningar och inga heltäckande östgötska heller. Socialstyrelsen genomförde under

våren 2006 en enkätstudie med rikstäckande urval, och den återkommer vi till på olika ställen. Det som finns är flera regionala undersökningar, och lokalt i Östergötland och Örebro län har vi följt de som är födda 1942 regelbundet sedan 1992. I detta underlag kommer vi att börja med att diskutera och analysera vad dessa brister på data kan ha för betydelse i planeringssammanhang.

I diskussioner om kvalitet är en avgörande faktor de olika kvalitetsnivåer som finns i olika delar av systemet eller kedjan. Först bör nivåerna förstås vara kända och kvantifierbara, sedan bör de ha en jämn nivå. Det står jämn och avses jämn, inte så hög som möjligt. Det lönar sig dåligt att ha ojämn kvalitet på data; resultaten blir inte bättre än vad som den svagaste länken i kedjan medger.

Den kedja som epidemiologin ingår i med de syften vi beskriver ovan kan i en kortversion se ut som:

Samla data om sjukdom och

- \* analysera skillnader mellan grupper,
- \* identifiera lämpliga åtgärder för att utjämna skillnader,
- \* vara underlag för beslut som styr resurser till svagare grupper,
- \* följa upp effekterna av dessa resurser genom nya mätningar och
- \* analysera etc.

Det finns ingen anledning att ha högre kvalitet i någon del av kedjan än den svagaste länkens kvalitet. I planeringen behövs inte bättre sjukdomsdata än vad som kan användas för att omfördela resurserna för att påverka utvecklingen. I landstingets styrning av tandvård för vuxna är sannolikt den svagaste länken den delen som innehåller ”beslut som styr resurser till svagare grupper”. Inom barn- och ungdomstandvården har landstinget mycket bättre styrmöjligheter som också utnyttjas (se avsnitt 4.3.1.).

Med denna bakgrund skärskådas om kunskap om den vuxna befolkningen i landet kan fås fram och sedan överförs till östgötska förhållanden.

Vad vet vi idag om vuxnas tandhälsa i Östergötland? På denna fråga kan man lika sant svara:

**”Ingenting” eller ”ganska mycket”.**

Aktuell epidemiologiskt korrekt information för hela den vuxna befolkningen finns inte för Östergötland specifikt.

Den allmänna tandvårdsförsäkring som funnits sedan 1974 ger inte statistik som kan spegla det aktuella hälsoläget hos patienterna och ger numera inte heller möjligheter till uppföljning av utförda åtgärder.

Om man utvecklar tesen att vi kanske trots allt vet ganska mycket så kan man extrapolera data från andra regionala undersökningar som exempelvis Jönköpingsundersökningarna (Hugoson 2005a, Hugoson 2005b), från Epiwux (Dalarna 2002), och från Västerbottensundersökningen år 2002 (Västerbotten 2002).

Det finns dessutom tillförlitliga lokala enkätstudier, Östergötland/Örebro i form av den panel med samtliga födda 1942 som studerats under flera år (1992, 1997, 2002 och 2007), och även samtliga födda 1952 under år 2002 (E-T 2002). År 2007 tillfrågades återigen de födda 1942 och även de födda 1932 (E-T 2007). (Rapporterna från dessa finns att tillgå på [www.lio.se.tand rapp.](http://www.lio.se.tand rapp.))

Om det är rimligt god överensstämmelse mellan Östergötland och andra län vad gäller dessa åldrar kan man anta att skillnaderna för andra åldrar inte är avgörande för tandvårdsplaneringen.

Sådana jämförelser som Tandvårdsgruppen gjort visar att det är små skillnader mellan olika regionala undersökningar när man jämför tandlöshet, antal tänder och liknande.

### **Kan man använda andras siffror eller måste vi göra egna östgötastudier?**

Frågan kvarstår delvis, men Tandvårdsgruppen anser att data från andra delar av landet kan "översättas" till att gälla planeringsdata för Östergötland. Översättningen kan ske med en nivå på tillförlitlighet som kan definieras, och som troligen är tillräcklig för den planering av vuxentandvården som landstinget kan göra. Behov som mäts med epidemiologin samspelar med efterfrågan och med utbudet till vad den östgötska vuxenbefolkningen får tillgång till för tandvård.

## 3.3. Kartläggning av nuläge för orala sjukdomar och oral ohälsa

I inledningen diskuterades (i avsnitt 2.1.) begreppen sjukdom och hälsa. Diskussioner och studier baseras oftast på av professionen i någon form mätt sjukdom, och inte på av befolkningen definierad hälsa.

### **Sjukdomar och andra tillstånd i munnen har en annan prevalens än andra sjukdomar**

I olika prioriteringar ses tandsjukdomar som relativt lindriga, man avlider inte av dem. Tandsjukdomarnas följdverkningar har emellertid stor inverkan på individernas livskvalitet i form av smärta och bristande tuggförmåga samt påverkar även individen socialt. Tandvården hanterar prevalenser av sjukdom som är mycket högre än sjukvårdens.

**folksjukdomar**, benämning på sjukdomar som förekommer hos minst 1 % av befolkningen.  
Källa: **Nationalencyklopedin**.

I tandvården är karies den ojämförbart vanligaste sjukdomen, men det finns ett antal andra problem; tandlossning (parodontit) hos de något äldre, medfödda defekter som bettfel hos de yngre, bettfysiologiska problem m.m. Extrem tandvårdsrädsla är en sekundäreffekt av tandsjukdomar och är ett annat slags problem som drabbar mellan 2 och 7% av befolkningen och som uppmärksammas i senare lagstiftning genom speciellt stöd till de berörda (se avsnitt 2.10.).

Karies är en sjukdom som kan botas, men dess följdverkningar kan ha livslångt förlopp då tidigare restaurationer måste göras om. Tandlossning har andra konsekvenser, sjukdomen upphör men skadorna av den är kvar i form av förlorade tänder. Konsekvenserna för individerna i form av bl.a. smärta och obehag, och för samhället i form av bl.a. förlorade arbetstimmar, är stora.

Jämfört med allmänna sjukdomar och de frekvenser dessa har, så drabbar t.ex. allvarlig tandlossning omkring 13% av den medelålders befolkningen. Inom barn- och ungdomstandvården har ca 25% så allvarliga medfödda bettfel att de remitteras till specialisttandvård för dem. Så gott som alla vuxna har erfarenheter av karies.

Stor andel av befolkningen (ca 85%) går regelbundet på kontroller för att upptäcka eventuella sjukdomstillstånd, eller andra brister, i "hela munhålan". Hur ofta man går på dessa kontroller är oftast kulturellt betingat mer än baserat på analys av den individuella sjukdomsriskerna och detta återkommer vi till i avsnitt 7.1.

Vuxna drabbas dessutom av att tidigare restaurationer inte kan fås att fungera som det intakta bettet utan kräver rereparationer för att fungera i den orala miljön. Hos Västerbottningar år 2002 fanns följande fördelning mellan ny sjukdom (primärkaries), defekta fyllningar samt karies på redan reparerad yta (sekundärkaries).

Ålder	Primärkaries	Sekundärkaries	Defekta fyllningar
35 år	1,2	0,6	0,6
50 år	0,3	1,2	1,6
65 år	0,3	1,4	1,3
75 år	0,4	2,2	1,1

Fig. 5. Orsaker till nya fyllningar. Genomsnittligt antal skadade ytor av befintliga tandtytor per individ i olika åldrar. Västerbotten 2002.

Av tabellen kan man utläsa att för 35-åringarna är hälften av de restaurativa ingreppen rereparationer. För de andra åldrarna utgör ny sjukdom ännu mindre andel av vårdbehoven.

Liknande siffror får man fram ur Epiwux 2003 (Dalarna) där man bedömer riskerna för sjukdom (karies, parodontit) respektive risken för att fyllningar och andra konstruktioner skall gå sönder (restaurationsrisk).

Ålder	Karies- risk %	Parodontit- risk %	Restaurations- risk %
35 år	11	2	4
50 år	10	10	23
65 år	14	20	53
75 år	16	20	48

Fig. 6. Risk för att restaurationer behöver göras om respektive risker för ny sjukdom. Procentandelar individer, där hög och mycket hög risk slagits samman (Dalarna 2002).

I de högre åldrarna skulle alltså mer än hälften av alla individer ha risk för kostnader på grund av att konstruktioner blivit defekta medan ca 35% har risk för någon av de vanligaste tandsjukdomarna. Endast bland 35-åringarna är den sammanlagda sjukdomsriskerna större än risken för att konstruktioner går sönder.

Den abonnemangstandvård som introduceras i landet har oftast en riskbedömning som baseras på risk för kostnad och inte på risk för sjukdom (se avsnitt 2.7. om fastpristandvård). Man kan inte avskilja när patienten är botad från sjukdomen, och reparationsrisken kvarstår livslångt.

Rereparationerna, att gamla fyllningar etc. behöver justeras eller helt göras om av tekniska orsaker mer än av ny sjukdom, utgör en väsentlig del av tandvårdens åtgärder. Den vanligaste "livslängden" för olika fyllningsmaterial anges i en studie över nordisk forskning (Sjögren & Halling 2002) till

Amalgam	9,3 år
Komposit	4,7 år
Glasjonomer	3,0 år

Deras slutsats var att amalgam gav den lägsta kostnaden sett i ett längre tidsperspektiv. Valet av fyllnadsmaterial påverkar befolkningen i så måtto att det går åt olika mycket vårdtid för rereparationer av samma skada beroende på det ursprungliga valet av fyllnadsmaterial. Om man använder Sjögren och Hallings data för en fyllning som görs första gången på en 15-åring och sedan skall fungera till patienten är 75 år så får den statistiskt göras om nästan dubbelt så många gånger om den görs i komposit (13 gånger) än om den gjorts i amalgam (7 gånger). Skillnaderna i resursanvändning är betydelsefull.

För andra material såsom porslinsersättningar finns inga data än då de inte har använts tillräckligt länge. Bedömningarna och studierna av de nu vanligaste fyllningsmaterialen, kompositplasterna, är dessutom svåra att göra då materialen kontinuerligt förändras och modifieras av tillverkarna. Amalgam är numera i princip förbjudet i Sverige av miljöskäl, men används ofta i andra länder. Ett sådant exempel är den engelska tandvårdsförsäkringen, där plastfyllningar på kind-



tänder inte ersätts av försäkringen.

Implantat är ett annat tekniskt område som utvecklats starkt det senaste decenniet. De strikt kontrollerade studier som gjorts med långtidsuppföljningar är baserade på den teknik och de metoder som användes vid introduktionen av metoden. I dag används andra metoder och antalet operatörer är mycket större. Effekterna på längre sikt av den snabba teknikspridningen kan bli omfattande med besvär för de drabbade och svåra och kostsamma reparationer.

## 4.0 Om behov, kunskapsläget

Kapitlet beskriver behoven hos olika grupper inom den östgötska befolkningen. Mätproblemen och definitionerna av frisk och sjuk diskuteras. Inom barn- och ungdomsvården har den tidigare förbättringstakten minskat, det finns grupper som har större behov, men tandhälsan försämras inte.

För vuxna är ny sjukdom inte vanlig men vårdbehoven är stora eftersom fyllningar och konstruktioner måste underhållas och göras om många gånger i ett livsperspektiv.

De flesta är nöjda med sin upplevda tandhälsa, men en liten andel är missnöjd och anledningarna till missnöjet är sannolikt helt olika för olika individer.

Nedan kommer kunskapsläget för de olika prioriterade grupperna i Östergötland (de beskrivs i avsnitt 6.1.1.) att redovisas med de data som finns tillgängliga, i första hand östgötadata, men i de fall dessa ej finns kommer andra data att presenteras. Underlagen har olika kvalitet och skillnaderna kommer att redovisas under de olika punkterna. Först en översikt över hur tandhälsan relaterat till socioekonomin i Östergötland ser ut.

### 4.1. Socioekonomi i Östergötland

Tandvårdslagen ställer krav på att tandvården skall vara lika för alla individer. Vad lika kan innefatta berördes i avsnitt 2.6.

Ohälsa i munnen är kopplad till socioekonomiska faktorer, de med lägre inkomst, invandrarbakgrund, arbetslöshet och liknande löper större risk att ha sämre munhälsa (jfr exvis Hjern 2001). Lagen kräver att landstinget planerar vården efter invånarnas behov, och behoven är således olika. Folkhälsovetenskapligt Centrum har studerat effekterna av socioekonomin lokalt och hur den samvarierar med munsjukdom hos barn- och ungdomar i olika socioekonomiska kluster. Barn och ungdomar i områden med sämre genomsnittliga socioekonomiska förhållanden har i genomsnitt sämre tandhälsa (FHVC 2007d).

För den vanliga vuxentandvården finns inte samma detaljerade kunskap om kopplingen mellan munhälsa och socioekonomin. Vid en genomgång av hur myndigheter och organisationer (som ex.vis SCB och SKL) definierar de olika kommunerna i Östergötland fås en splittrad bild. Bilden som dessa två indelningar visar är ett uppdelat län med två stora städer å ena sidan och några glesbygdskommuner å andra sidan. Mellan dessa ytterligheter finns de andra kommunerna. Detta har betydelse för tillgänglighet och efterfrågan när man skall planera tandvården efter be-

folkningens behov.

## 4.2. Akuta patienter

Enligt prioriteringsordningen är akuta patienter, främst barn, högst prioriterade. Den kunskap vi har om akuta patienter i Östergötland härrör sig från en studie om varför de regelbundna besökarna själva sökte tandvården hos fyra Folktandvårds-kliniker. Begreppet akutfall i denna undersökning definierades som utgående från upplevd servicekvalitet (begreppet beskrivs i avsnitt 8.2.1), och gällde därför alla de tillstånd patienterna sökte för, inte enbart de som professionen definierade som akuta (Halling&Ordell 2000).

Omfattningen av och orsakerna till akuta besök inom den offentliga revisionstandvården beskrevs.

Fyrtio procent av de akuta besöken omfattade barn och ungdomar. De vanligaste skälen till att komma var materialfrakturer (29%), tandfrakturer (19%), värk (19%) och trauma (12%).

14% av patientbesöken ansågs av vårdgivarna som inte angelägna medan för 1% av patienterna bedömdes att de borde ha kommit tidigare. (Halling&Ordell 2000).

Studien visar att akuta besök inte helt kan undvikas trots en väl inarbetad revisionstandvård. Besöken är dock innehållsmässigt mer kännetecknade av information och rådgivning än av traditionell smärtlindring.

Bland 19-åringarna i Östergötland år 2006 anger ca 2% att de haft problem med att tugga maten, på grund av problem med tänderna, någon eller flera gånger i veckan. På samma sätt anger 8% av 19-åringarna att de besväras av ilningar vid intag av varm eller kall föda någon eller flera gånger i veckan (19-åringarna 2006).

En enkätstudie till 25-åringar år 2005 visar att 29% av männen och 33% av kvinnorna anger att de haft tandvärk det senaste året. Av dem som haft tandvärk svarade cirka hälften (54% av männen och 44% av kvinnorna) att de inte gjort något åt värken då den gått över. Detta skulle tyda på att besvären kanske inte var så allvarliga. 31% av männen och 39% av kvinnorna med tandvärk sökte tandvård (Bergh & Råsander 2005).

I enkätstudien till alla 50- och 60-åringar i Örebro och Östergötland år 2002 angav 16% av 50-åringarna och 12% av 60-åringarna att de haft tandvärk någon gång under det senaste året (E-T 2002). I en liknande studie år 2007 angav 65-åringarna i 11% av svaren att de haft tandvärk någon gång under senaste året, och detta svar angavs av 9% av 75-åringarna (E-T 2007).

I Socialstyrelsens enkätundersökning 2006 svarade 20% att anledningen till senaste tandvårdsbesöket var akuta problem. Svaren var likartade i alla åldersgrupper (Socialstyrelsen 2006a).

### 4.3. Barn och ungdomar och deras munhälsa

Förskolebarnens tandhälsa har förbättrats kraftigt under de senaste decennierna. Naturligtvis är förbättringstakten lägre nu med fler helt friska än tidigare när nästan alla var sjuka.

Internationella jämförelser är svåra att göra. Olika länder använder olika metoder för att "hitta" individerna och olika standard för undersökningen. Detta sammantaget gör att svensk tandvård ibland framstår som mindre framgångsrik än andra länders genom att vårt sätt att mäta är "noggrannare" än exempelvis många av de jämförande data som presenteras av WHO.

Nationella data för alla 12-åringar är intressanta då denna åldersgrupp är en av WHO definierad grupp med tandhälsomål. WHO:s mål år 2020 är att genomsnittliga sjukdomsprevalensen skall vara högst 1,5 skadad eller fylld tand per individ. Motsvarande mål för 6-åringar är att 80% skall vara kariesfria.

I landet som helhet var år 2005 95% av 3-åringarna och 73% av 6-åringarna helt utan karies eller fyllningar (Socialstyrelsen 2006e). De tidiga åldrarna är viktiga för att kunna upptäcka sjukdom tidigt och få barnen och deras föräldrar att justera ogynnsamma beteenden.

För 12-åringar i Sverige kan utvecklingen de senaste åren för hela landet kan följas genom andelen helt kariesfria. Sjukdomsförekomsten hos 12-åringarna har ändrats från 3 kariesade eller fyllda tänder (DFT) i genomsnitt år 1985 till mindre än en tand i genomsnitt från år 1997 och framåt. (Socialstyrelsen 2006e).

Som synes uppfylls inte WHO:s mål för 6-åringar för landet som helhet.

För 19-åringarna som lämnar den organiserade barn-och ungdomstandvården, var andelen helt utan skador eller fyllningar 25%. De hade i genomsnitt 3,13 skadade tänder (DFT) och andelen med många skador (DFS<sub>a</sub>>6) var 5% (Socialstyrelsen 2006e).

Den officiella statistiken har kända felkällor som är uppmärksammade, Socialstyrelsen har våren 2008 lämnat ett förslag till ny insamling av epidemiologiska data för barn och ungdomar. Den kritik som framförs är bland annat att initialkaries (den första början till en kariesskada) inte registreras. En annan svag punkt är att den insamlade statistiken är i form av medeltal av olika index och att dessa index inte kan "lösas upp" så att man får delarna jämförda. Jämför diskussionen om framtida betydelse av approximala fyllningar och rereparationer i avsnitt 3.1.2.

Barn och ungdomar drabbas naturligtvis av andra skador och sjukdomar i munnen än karies och dessa återkommer vi till längre fram i detta avsnitt.

### 4.3.1. För Östergötlands del

Data omfattande hela eller delar av barn- och ungdomstandvården finns tillgängliga från Folktandvårdens start 1938. Data är insamlade på olika sätt och med olika åldersgrupper och mätmetoder. En sammanställning av dessa äldre data håller på att göras lokalt. Folktandvården omfattade i sin begynnelse 1938 endast skoltandvård för barn mellan 7 – 14 år, och byggdes allteftersom ut i olika omgångar. Olika sjukdomsmått har använts under olika tidpunkter vilket försvårar direkta jämförelser.

Det åtagande som landstingen har idag är att erbjuda fullständig och regelbunden avgiftsfri tandvård till alla barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år. Detta uppfylldes för Östergötlands del först med den åldersklass barn som är födda år 1980.

Sammanhängande rapportering med data med kända variabler/definitioner och definierade populationer finns tillgängliga från 1994. Senaste rapporter är från 2007 års undersökningar. FHVC rapport: ”Uppföljning av tandhälsa hos barn och ungdomar i Östgötska kommuner 2007”, visar fördelningen mellan de östgötska kommunerna år 2007, och FHVC rapport: ”Uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland 1994-2007”, visar trenderna sedan 1994. Rapporterna finns tillgängliga på [www.lio.se](http://www.lio.se) FHVC.

Kariesstatistik för 6-åringar som kan ses som svar på frågan hur kariesfria är förskolebarnen i primära bettet. Kurvan redovisar de som är helt kariesfria och dessutom inte haft sjukdom och alltså inte har någon erfarenhet av kariessjukdomen.

Östergötland når inte upp till WHO målet 80% kariesfria 6-åringar, i länet är 74% av 6-åringarna kariesfri år 2006. För riket är år 2005 73% av 6-åringarna utan karieserfarenhet. (Socialstyrelsen 2006e)

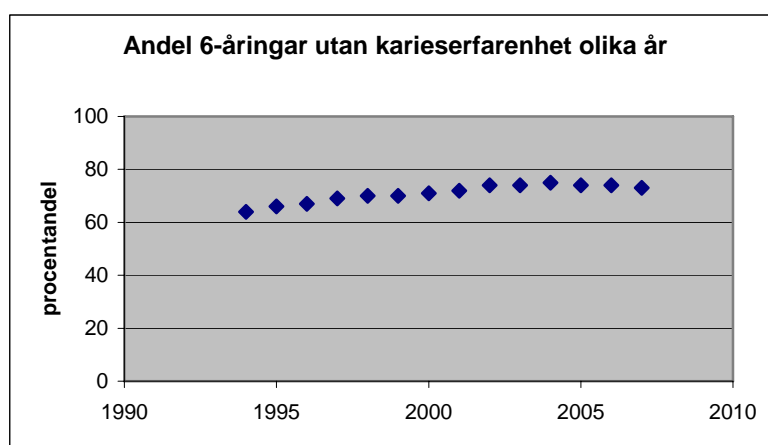


Fig.7. Procentandel helt utan karieserfarenhet bland 6-åringar i Östergötland, def=0. (FHVC 2008b).

Den organiserade tandvårdens slutålder är 19 år och tabellen nedan visar tandhälsan hos den åldersgrupp som lämnar den avgiftsfria vården. En majoritet av dem är helt utan skador på tändernas sidoytor.

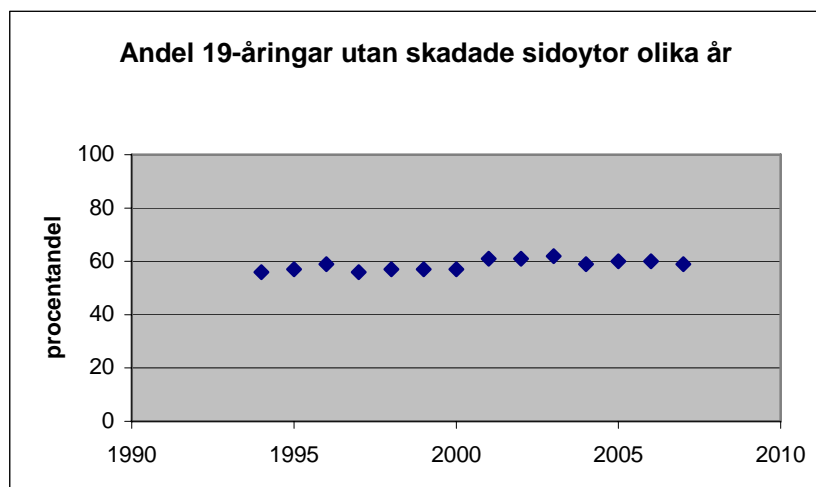


Fig. 8. Procentandel 19-åringar i Östergötland utan skador på tändernas sidoytor (DFSa=0). (FHVC 2008b).

Ett litet antal i befolkningen har många lagningar och skador på tändernas sidoytor, enligt figuren nedan. Observera att denna figur har annan skala på y axeln. Antalet 19-åringar med många skadade sidoytor är ungefär 275 st i Östergötland.

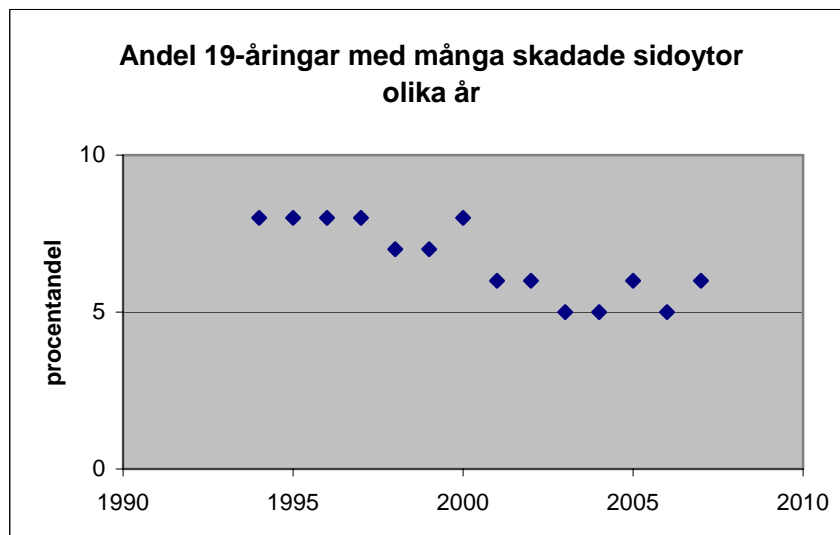


Fig.9. Procentandel 19-åringar i Östergötland med omfattande skador på tändernas sidoytor (DFSa>5). (FHVC 2008b).

De östgötska patienterna inom allmäntandvården för barn och ungdomar har sedan 1993 haft möjlighet att fritt välja vårdgivare. Uppföljningar visar i stort att det inte är någon mätbar skillnad varken i hälsa eller i sjukdom mellan dem som väljer privat vårdgivare jämfört med dem som väljer Folktandvården.

### Socioekonomiska skillnader

Trots en långsiktigt förbättrad tandhälsa inom barn- och ungdomstandvården finns geografiska skillnader. Den ojämna fördelningen av allvarlig kariessjukdom har starka kopplingar till socioekonomiska förhållanden och till andra liknande problem. Sambandet har visats i Östergötland genom FHVC:s rapporter år 2001 (FHVC 2001) och återupprepat år 2007 (FHVC 2007b). I dessa rapporter har hushållens socioekonomi varit till grund för en indelning i fem olika socioekonomiska grupper, där varje grupp har en genomsnittligt likartad socioekonomisk bakgrund. Uppdelningen är geografisk och baseras på de drygt 900 nyckelkodsområden som Östergötland är indelat i och presenteras som kartor där de olika grupperna visas i olika färger. Detta och de variabler man valt och hur de vägts ihop finns beskrivet i rapporterna. Rapporterna finns tillgängliga på [www.lio.se](http://www.lio.se) se sedan FHVC.

Några exempel på de skillnader som FHVC fann vid den andra undersökningen (år 2007) är följande skillnader i tandhälsa mellan de högsta/bästa och de lägsta/sämsta socioekonomiska grupperna.

Andel	Högsta socioekonomi	Lägsta socioekonomi
”Friska” 6-åringar	84% (75%)	50% (50%)
”Friska” 19-åringar	29% (19%)	20% (10%)
”Mycket sjuka” 19-åringar	3% (5%)	7% (16%)

Fig. 10. Skillnaderna i tandhälsa och sjukdom mellan de högsta och de lägsta socioekonomiska grupperna i Östergötland år 2007 (FHVC 2007b). Siffrorna inom parentes visar andelarna år 2001 (FHVC 2001).

Det är stora skillnader både för gruppen med mycket sjukdom (DFSa>5), och för de friska grupperna (dft=0 och DFT=0).

Skillnaderna mellan åren visar att tandhälsan har förbättrats i de flesta undergrupper. För gruppen friska 6-åringar i svaga områden har det inte skett någon förbättring, förhållandena där är oförändrade.

De siffror som togs fram vid den föregående analysen år 2001 låg till grund för de

insatser som bedrivs i olika former, där speciella resurser i länet har öronmärkts för barn och ungdomar i dessa områden, vilket beskrivs under avsnittet prevention och egenvård (4.6.1.) nedan. En sammanfattning av dessa projekt finns i en rapport från FHVC (FHVC 2007a).

### 4.3.2. Andra munhälsoproblem

#### Medfödda defekter

Vad avser prevalensen av allvarliga bett- eller tandställningsfel anges att hälften av barn- och ungdomspopulationen någon gång visas vid ortodontikonsultation för en tandregleringsspecialist, vilket motsvarar en remiss till specialisttandvård. Andelen i en åldersgrupp som sedan får tandregleringsvård anges till 23%. Genomsnittet i riket uppgår till 27% (SBU 2005). I absoluta tal betyder det att ca 2 000- 2 500 barn remitteras för bedömning av en specialist, och ca 1 000- 1 500 barn får sådan vård i varje åldersgrupp.

#### Tandlossningssjukdom

Ett litet antal ungdomar drabbas av allvarlig tandlossningssjukdom, ett tiotal per år behandlas av specialisttandvården.

#### Sjukdomar och symtom från käkleder och tuggmuskulatur

Studier från Östergötland visar att drygt 4% av alla barn och ungdomar har besvär från tuggapparatusens muskler eller leder. Det är en övervikt av flickor med rapporterade symtom. I den generella epidemiologin anger 6% av 19-åringarna att de har symtom flera gånger i veckan. I enkäten till länets 19-åringar svarar knappt 1% av männen att de haft huvudvärk på grund av tänderna någon gång i veckan eller oftare. För kvinnorna var andelen högre, ca 5%. (19-åringarna 2006).

Incidenser av **maligna sjukdomar** i ansiktsregionen är sammanslaget med dem för vuxna och redovisas längre fram.

#### Upplevd tandhälsa

En pågående årlig enkät till samtliga 19-åringar kommer att ge oss informationer om förändringar över tid i det upplevda kunskapsläget och om erfarenheterna med tandvården. Denna är gemensam för flera landsting och är genomförd löpande under några år med början år 2004. På den generella frågan "hur nöjd är du med dina tänder och din mun" svarar 9% att de är något missnöjda och 3% svarar sammantaget att de är "missnöjda" eller "extremt missnöjda", år 2006. Något fler kvinnor är missnöjda. Övriga 88%, är nöjda i olika grad. Vid jämförelser med andra landsting, i första hand Örebro, finns det små skillnader i den upplevda munhälsan.(19-åringarna 2006, Ekbäck 2008).

## 4.4. Vuxna

Detta avsnitt baserar sig väsentligen på beräkningar från kliniska undersökningar i andra delar av landet.



Olika studier visar att ca 85% av den vuxna befolkningen besöker tandvården under en tvåårsperiod. Lägre besöksfrekvens finns hos de yngre under 30 år. En fjärdedel av dem i denna åldersgrupp som inte sökt vård, trots att de anger att de upplevt behov, anger ekonomiska skäl till att de avstår från besök hos tandvården.

#### **4.4.1. Upplevd tandhälsa/tandohälsa**

Bland länets 25-åringar kan noteras att en liten andel absolut inte är nöjda med sina tänder i allmänhet (3%) och att de flesta är väl tillfreds; 16% är mycket nöjda och liknande svarsfördelning gäller även frågan om de är nöjda med utseendet, där 17% är mycket nöjda och 3% är absolut inte nöjda (Bergh&Råsander 2005).

I enkäterna till 50- och 60-åringar, som vi gjort tillsammans med Örebro läns landsting, uppvisar de svarande ungefär samma fördelningar. Några procent är mycket missnöjda med sin tandhälsa (E-T 2002). (Rapporterna från dessa finns att tillgå på [www.lio.se.tandrapp](http://www.lio.se.tandrapp).) En förnyad enkätundersökning skedde under 2007 till de som är födda 1942 samt de födda 1932. Även här var andelen missnöjda lågt, 6%, bland dem födda 1942 och 5% bland dem födda 1932 (E-T 2007).

I Östergötlands befolkningsenkät 2006 frågas det om man i allmänhet är nöjd med sina tänder, och 5% är ”absolut inte nöjda”. Andelen är ungefär lika stor i olika åldrar, men orsakerna till missnöjet varierar sannolikt (Befolkningenkät 06).

Socialstyrelsen befolkningsenkät 2006 frågade om man ”undvikit normalt umgängesliv på grund av dina tänder?” 90% i alla åldersgrupper svarar ”aldrig” och ca 2-3% svarar ”någon enstaka gång” med lika fördelning mellan män och kvinnor (Socialstyrelsen 2006a).

En lokal enkätundersökning (Östergötland och Kalmar län) till dem som var 75 år eller äldre visade att de allra flesta uppfattar sin tandhälsa som god. Endast 3% angav mycket dålig tandhälsa och dessa fanns bland de äldsta grupperna (CMT 2001).

#### **4.4.2. Sjukdomsdata för vuxna**

##### **Kariesdata för vuxna**

Ur befintliga data är det svårt att veta hur stor den aktuella sjukdomsbelastningen är. Kariesregistreringen för vuxna använder oftast samma sammanlagda mått på genomgången sjukdom, aktuell sjukdom samt reparerade skador på samma sätt som inom barn- och ungdomstandvården. Det är en stor teoretisk skillnad mellan

vårdbehov p.g.a. aktuell sjukdom och  
vårdbehov p.g.a. rereparationer av tidigare fyllningar och konstruktioner.

I den kliniska vardagen finns denna skillnad inte i praktiken, och hur skillnaden mellan begreppen kan hanteras i planeringssammanhang bör tydligt uppmärksammas. (Jfr avsnitt 3.3. ovan).

I början av avsnittet visade vi att en stor del av vården till vuxna består av reparationer av tidigare restaurationer, men om man använder kariesdata från de bägge kliniska undersökningarna (Dalarna och Västerbotten) kan man göra nedanstående sammanställningar.

I Västerbotten beräknade man genomsnittliga antalet *tandytor* med kariessjukdom. Detta sätt att beräkna tar hänsyn till att individer har olika antal tänder/tandytor som överhuvudtaget kan få skador.

Ålder	Primärkaries	Sekundärkaries
35 år	1,2	0,6
50 år	0,3	1,2
65 år	0,3	1,4
75 år	0,4	2,2

Fig. 11. Antal kariesade tandtytor i genomsnitt per individ per åldersgrupp (Västerbotten 2002).

Från Dalarnas undersökning anges medeltal *tänder* med manifest karies.

Ålder	Kariesade tänder
35 år	0,9
50 år	0,8
65 år	0,8
75 år	0,9

Fig. 12. Genomsnittligt antal kariesade tänder per individ i varje åldersgrupp (Dalarna 2002).

Den del av befolkningen som har rätt till nödvändig tandvård, äldre och funktionshindrade, har studerats vad avser munhälsan med hjälp av statistik från den uppsökande verksamheten. Den bedömda munhälsan skiljer sig mellan grupper i den aktuella befolkningen. Äldre och funktionshindrade inom tandvårdsreformen studerades och andelen helt tandlösa är ca 35 % i hela materialet, men skiljer sig mellan kommunerna. Lägst andel finns i Söderköping och högst andel i Motala och Ydre. En möjlig förklaring kan vara den olika sociala strukturen i kommunerna. Andelen med dålig tuggförmåga var ca 5%, och utförda åtgärder i form av nödvändig tandvård medförde att tuggförmågan förbättrades. Hos de individer med ”mycket dålig tuggförmåga” vid bedömningen förbättrades tuggförmågan i mer än hälften av fallen till nästa bedömning året efter (Aronsson m.fl. 2006).

Östergötlands befolkningsenkät 2006 finns några frågor om tänder och munhälsa. När det gäller antal kvarvarande tänder finns en åldersgräns vid 40-45 årsåldern, de yngre har nästan inga tandförluster medan äldre har förlorat tänder, flera ju äldre man är. Helt tandlösa är nästan inte förekommande under denna åldersgräns, medan de äldre anger tandlöshet enligt följande.

Åldersgrupp	Andel tandlösa
65-69	5,4%,
70-74	9,6%,
75-79	11,1%
80-84	17,0%.

Fig 13. Procentandel som anger tandlöshet i olika åldrar. (Befolkningsenkät 2006).

I enkätstudien till dem som är födda 1942 och till dem födda 1932 anges total tandlöshet till 2,6% för de som är 65 år gamla och till 7,8% för de som är 75 år gamla (E-T 2007). Frågornas utformning kan förklara skillnaderna i jämförelse med Östergötlands befolkningsenkät.

Någon form av kariessjukdom är vanlig i den vuxna befolkningen. Någon skada eller defekt som bör åtgärdas finns hos en stor del av den vuxna befolkningen. Prevalensen av kariessjukdom hos vuxna kan skattas till att varje individ har i genomsnitt nästan en tand med karies. Prevalensen av tidigare reparationer som behöver åtgärdas kan vara dubbelt så hög.

### **Tandlossningssjukdom**

För 50-åringar har 3% av de undersökta individerna i Dalarna och 16% i Västerbotten grav tandlossningssjukdom. För 65-åringarna är siffrorna 8% i Dalarna och 19% i Västerbotten.

I enkätstudien till 50- och 60-åringar kan man, genom analys av de symtom som de svarande uppger (lägesförändring i kombination med stora eller ganska stora problem med blödning från tandköttet), få fram att 12% av individerna har tecken på allvarlig tandlossningssjukdom. Hur många tänder som är angripna kan vi inte veta (E-T 2002).

I Jönköpingsundersökningarna har 10-15% av de vuxna individerna grav tandlossningssjukdom.

Skillnaderna mellan studierna beror sannolikt på olika definitioner i insamling och redovisning. Tandlossningssjukdomen kan redovisas som sjuk på del av tand eller på hel tand eller på individnivå, vilket naturligtvis ger olika siffror för sjukdomsförekomsten.

### **Sjukdomar och symtom från käkleder och tuggmuskulatur**

I enkätstudien till 50- och 60-åringar uppger 2-4% sådana symtom att det kan antas att de har besvärande bettfysiologiska problem. Av dem som söker bettfysiologisk vård anges ca tre av fyra vara kvinnor och vanligaste åldersspannet är 20 – 40 år (uppgifter från Specialisttandvården, bettfysiologi). Ett näraliggande problem är tandpressning och tandgnissling som oftast är stressinducerat.

### **Medfödda allvarliga bettfel**

Från Tandvårdsgruppens register kan vi utläsa att ca 200 vuxna östgötar är berättigade till landstingets stöd för sina allvarliga medfödda bettfel. De flesta är äldre men tillskottet från barn- och ungdomstandvården är ett dussintal årligen.

### **Cancerfall, orala maligniteter**

Andelen orala maligniteter anges till 564 fall i hela landet år 2003 och i Östergötland till 27 fall fördelade på alla åldrar.

Från Tandvårdsgruppens data om strålbehandlade i ansiktsregionen kan vi utläsa att incidensen i Östergötland är ett 70-tal vuxna fall per år som får strålbehandling mot ansiktsregionen.

Skillnaderna kan bero på att i gruppen strålbehandlade ingår patienter där sjukdomen primärt är lokaliserad i andra områden än just ansiktsområdet, samt att barn och ungdomar inte redovisas i Tandvårdsgruppens register.

### **Landstingets tandvårdsstöd för vuxna**

Förutom de grupper som redan nämnts finns ytterligare grupper av patienter som har landstingets stöd för delar av sin tandvård inom ”tandvård som led i sjukdomsbehandling under kortare tid”. För dessa grupper redovisas det genomsnittliga antalet patienter per år nedan. Speciellt i de grupper där antalen är små kan antalet patienter variera över åren och samma patient kan komma tillbaka flera år.

Grupp	Antal individer per år
1.Tandvård till följd av medfödd missbildning	166
2.Tandvård efter sjukdomar i ansiktsregionen	42
3.Tandvård efter epileptiska anfall	10
4.Tandvård inför omfattande kirurgiska ingrepp	193
5.Tandvård vid nedsatt immunförsvar	68
6.Tandvård vid medicinskt/odontologiskt samband	91
7 Tandvård inför strålbehandling i ansiktet	70
8.Tandvård vid utredn av ansiktssmärter	222
9.Tandvård vid allv sömnapné	302
10.Tandvård vid extrem tandvårdsrädsla	118
11.Tandvård vid lokala reaktioner mot fyllningsmaterial	36
12.Tandvård med fyllningsbyte som led i medicinsk utredn	7
13.Tandvård vid Sjögrens syndrom	222
14.Tandvård efter strålbehandling	131

Fig 14. Tandvård som led i sjukdomsbehandling, genomsnittligt antal patienter enligt Landstingets i Östergötland statistik för åren 2003-2007.

Det bör också noteras att dessa grupper oftast endast får delar av sin tandvård inom de öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Övrig tandvård omfattas av den statliga tandvårdsförsäkringen (se även avsnitt 2.10 för en närmare beskrivning av grupperna). De lokala anvisningarna finns tillgängliga på [www.lio.se](http://www.lio.se).

## 4.5. Sammanfattning av behov av tandvård

### 4.5.1. Sammanfattning av prevalenser av orala tillstånd hos barn och ungdomar

Karies är vanligt; allvarlig sjukdom finns hos ca 6% av dem som lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. De sjukare finns oftare i socioekonomiskt svagare områden. Trots detta är de flesta väsentligen friska; fler än 60% är fria från skador på tändernas sidopartier. Bettavvikelse är vanliga, ca 25% av en åldersgrupp behandlas. Besvär från tuggapparaten, leder och muskler är inte ovanliga.

### 4.5.2. Sammanfattning av prevalenser av orala tillstånd hos vuxna

Nästan alla har något vårdbehov som följd av karies. Tidigare reparationer behöver göras om vilket är ett betydande problem för många. En del, kanske 10-15%, har allvarlig tandlossningssjukdom på någon eller flera tänder.

En liten andel av befolkningen i olika åldrar är mycket missnöjda med sin tandhälsa.

## 4.6. Prevention och egenvård

### 4.6.1. Prevention

Individdriktade insatser ingår i alla tandvårdskontakter. Detta är ett krav i Tandvårdslagen genom kraven på god tandvård och information till patienten. Inom barn- och ungdomstandvården förstärks det ytterligare i den åtagandebeskrivning ([www.ljo.se](http://www.ljo.se)) som styr denna vård i Östergötland.

Med grund i de rapporter om socioekonomiskt relaterade skillnader i tandhälsan som Folkhälsovetenskapligt centrum (FHVC 2001) presenterat gjordes inför 2005 en omstrukturering av uppdragen inom de kollektiva delarna. En basprofylaxdel ges till alla barn i princip var tredje år medan barn/ungdomar i de sjukare områdena får en sådan information varje år.

Därtill kommer en speciell projektdel som skall vara tvärssektoriell och rikta sig mot gemensamma riskfaktorer för den grupp av individer som finns inom det svagaste socioekonomiska klustret.

De särskilda projekten skall riktas till de områden som har sämsta munhälsan, med syftet att minska skillnaderna inom länet. Folktandvården är i dessa projekt initierande och projekten skall ha tvärssektoriella ansatser, där andra aktörer aktivt deltar i hälsoinriktade aktiviteter inom de definierade geografiska områdena. Sådana aktörer kan bl. a vara primärvård, kommunala verksamheter eller privata företag.

Projektansökningar kan inges även av andra än Folktandvården. Ansökningarna skall innehålla en beskrivning av,  
vad man vill uppnå  
hur projektet kan påverka barnen och ungdomarnas situation  
vilka aktörer som medverkar  
hur man vill gå tillväga  
vad det kostar.

Medel utbetalas efter prövning hos Tandvårdsgruppen, som också tillhandahåller ytterligare information. Projekten kan vara fleråriga.

De projekt som pågår finns beskrivna på Tandvårdsgruppens hemsida ([www.ljo.se](http://www.ljo.se) tandvård -landstingets tandvårdsstöd), och i en rapport från FHVC (FHVC 2007a).

#### 4.6.2. Egenvård – kunskapsläget

I 19-årsenkäten år 2006 med 2 400 svarande angav 9% av männen och 5% av kvinnorna *nej* på frågan om de visste att det var viktigt att använda fluortandkräm. På frågan om de visste hur man undvek att få hål i en tand svarade ca 1% av både kvinnorna och männen *nej*. På frågan om de visste hur man undviker att få tandlossning var skillnaderna mellan könen större; 40% av männen och 49% av kvinnorna svarade *nej* (19-åringarna 2006). Det finns kunskapsluckor hos ungdomarna, samtidigt som det kanske inte är relevant att tala om tandlossningsproblem till en population som löper mycket liten risk för sjukdom under en lång tid framöver.

I en enkätstudie till unga vuxna, 25-åringar i Östergötland år 2005, ställdes frågor om egenvård. Endast någon procent angav att de använde tandkräm utan fluor. 82% av männen och 93% av kvinnorna angav att de borstade tänderna minst två gånger per dag. På frågan om de visste varför det blir hål i en tand svarade ca 2% av både kvinnor och män *nej*. Ca 6% instämde helt i påståendet att de undviker viss mat eftersom de vet att den är skadlig för deras tänder (Bergh&Rosander 2005).

Bland de äldre anger 50- och 60-åringar tandborstning två eller flera gånger dagligen i 87% av svaren och med fluortandkräm i 86% av svaren för 50-åringarna och 81% för 60-åringarna år 2002 (E-T studien 2002). Motsvarande siffror för 75-åringarna år 2007 är för tandborstning 79% och för fluortandkräm 76% av alla svar (E-T 2007).

Äldre och funktionshindrade som omfattas av landstingets tandvårdsstöd erbjuds årligen en munhälsobedömning, och vid dessa noteras även munhygien. Trots utbildning till omvårdnadspersonalen rapporteras bristfällig munhygien hos 6% av alla bedömda (Aronsson 2006). Omvårdnadspersonalen anger i Tandvårdsgruppens uppföljningar att de äldres munhälsa förbättrats. Endast omkring hälften av dem anger att de hinner hjälpa de boende med munvård två gånger per dag (Andersson 2006). Tandvårdsgruppen har tagit upp dessa fynd i uppföljningen av utbildningarna till omvårdnadspersonalen.

## 5.0. Om utbud, teori

Kapitlet beskriver kortfattat tandvårdens personalkategorier, forskning och högre utbildning samt ger en lägesrapport av evidensbaserad tandvård i Sverige.

### 5.1. Tandvårdens personal

I svensk tandvård finns idag två legitimerade yrkeskategorier, tandläkare och tandhygienister. Tandläkare har en femårig utbildning och ca 150 tandläkare examineras årligen. Tandhygienister har en två- eller treårig utbildning och den årliga utbildningskapaciteten är f.n. ca 200 examinerade. Utöver dessa yrkesgrupper finns även tandtekniker och tandsköterskor med speciella utbildningar inom tandvården, samt receptionspersonal och liknande med mera generella utbildningar.

En pågående debatt, främst inom den offentliga tandvården, är avgränsningarna mellan tandhygienisternas och tandläkarnas ansvarsområden. Tandhygienisternas kompetens gäller diagnostik inom de två stora sjukdomsområdena karies och tandlossning, andra typer av förändringar, symtom eller sjukdomstecken är de inte utbildade att notera eller diagnostisera. Tandhygienister har goda möjligheter att diagnostisera inom sina kompetensområden. I en publicerad studie (Gabre m.fl. 2006) visas att spridningen inom tandläkargruppen och gruppen tandhygienister är likartad när det gäller att diagnostisera karies. Tandhygienisterna diagnostiserade färre kariesangrepp än tandläkarna. Tandhygienister får inte utföra hårdvävnadsingrepp som att borra i tänder. En propå att starta en försöksutbildning för att tandhygienister skulle få utföra andra ingrepp avvisades nyligen av en Socialstyrelseutredning då hygienisternas grundutbildning var alltför varierande (Socialstyrelsen 2006c). Den ojämna utbildnings- och därmed följande ojämna kompetensnivån har även konstaterats i en forskningsrapport (Ordell m.fl. 2006).

Tandteknikerutbildningen är en treårig högskoleutbildning och ca 145 tandtekniker examineras årligen. Tandsköterskeutbildningen är en kvalificerad yrkesutbildning, och nationella krav håller på att läggas fast.

Inom tandvården är specialisering inte lika vanlig som inom sjukvården. Den nuvarande specialisttandläkarkåren utgör ca 10% av alla tandläkare, och en viktig fråga är om det kommer att krävas fler eller färre specialisttandläkare när den totala tandläkarkåren kraftigt minskar (Jfr avsnitt 8.3.). I en rapport från Socialstyrelsen menar man att den nuvarande numerären specialisttandläkare är lämplig. En faktor i den beräkningen är också att vårdpanoramata blir alltmer komplexa och att den enskilda tandläkaren får allt svårare att vara högkompetent inom alla områden. Man anger dessutom att specialisttandläkarna, förutom de traditionella uppgifterna, har en viktig roll i att medverka i prioriteringsarbetet inom tandvården (Socialstyrelsen 2006b).



Om antalet specialistkompetenta tandläkare bibehålles oförändrat innebär det på sikt en kraftig förskjutning av förhållandet mellan allmäntandläkare och specialisttandläkare mot ökad andel specialisttandvård.

Ytterligare besvärande är att en stor andel av de nuvarande specialisttandläkarna kommer att avgå med pension inom planeringsperioden. Den refererade utredningen har hittills inte föranlett någon förändring i specialiststrukturen i utbildningsplaneringen.

## 5.2. Forskning/högre utbildning

Avsnittet ger en kortfattad översikt över högre utbildning inom tandvården.

Svensk odontologisk forskning har länge varit mycket framgångsrik, vilket omvittnas i rapporter från medicinska forskningsrådet. Den framgång som tidigare fanns har nu emellertid stagnerat och forskningen anses inte längre lika framgångsrik kvantitativt även om den höga kvaliteten har bibehållits. Inför framtiden pekar vetenskapsrådet i en rapport på ett antal områden som måste förstärkas för att vidmakthålla forskningens kvalitetsnivå (Vetenskapsrådet 2007).

Forskningstraditionen har sin tyngdpunkt inom de strikt naturvetenskapliga fälten. Av de fyra utbildningsfakulteterna har endast den i Malmö en professor i samhällsodontologi, vilket är det ämnesområde som hanterar samhällets tandvårdsproblem till skillnad från de enskilda individernas kliniskt baserade problem. Analyser och lösningsförslag av samhällets tandvårdsproblem kräver insikter och kunskaper i andra vetenskaper än klinisk tandvård.

Klinisk forskning är oftast baserad på begränsade patientmaterial vid utbildningskliniker. Dessa rön där vården utförts under bästa möjliga betingelser på utvalda patienter skall sedan överföras till bred klinisk verksamhet utförd av många vårdgivare under kliniska förhållanden på icke-selektade patienter. Det naturliga mellansteg som saknas är breda studier där Folktandvårdernas patientmaterial kan utnyttjas genom att data finns registrerade i databaser i journalsystemen. Idag finns inte sådan kvalitet på data. Det saknas också etablerade kvalitetsindikatorer som bör vara gemensamma för all tandvård. Ett arbete med att utveckla sådana pågår.

Den högre utbildningen är kliniskt baserad specialistutbildning för tandläkarna där ca 40 st årligen får behörighet inom de kliniskt etablerade specialiteterna. Ett mindre antal tandläkare skaffar sig vidare kompetenser inom icke officiella specialiteter såsom exempelvis sjukhustandvård och samhällsodontologi.

Den andra högre utbildningen är akademiska utbildningar i form av magisterexamen med ett 30-tal examinerade årligen, licenciatexamen ett 10-tal årligen och doktorsexamen ett 20-tal årligen. Dessa högre akademiska utbildningar är även öppna för de tandhygienister som har den längre utbildningen.

I en granskning som Högskoleverket genomfört med hjälp av en nordisk expertgrupp håller den svenska tandläkarutbildningen och den odontologiska forskarut-

bildningen hög klass. Även här noteras att den svenska odontologiska forskningen dock har minskat i volym de senaste åren (Högskoleverket 2005).

En gemensam forskarskola där forskning integreras med specialistutbildning, för att stärka utbildningen för lärare och för forskningen, är initierad med medel från Vetenskapsrådet och landstingen gemensamt. Diskussioner pågår om landstingens direkta medverkan i denna utbildning.

Lokalt i Östergötland har Folk tandvården forsknings- och utvecklingsresurser som i första hand riktas mot de prioriterade grupperna (se avsnitt 6.1.1.).

### 5.3. Evidens Baserad Tandvård (EBD)

Vården skall bedrivas enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” som det heter i författningarna. Vad är då vetenskapligt säkerställt som effektiv vård med så få risker eller biverkningar som möjligt?

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har studerat vad som är baserat på strikt vetenskaplig grund inom medicinen och inom odontologin. Man fann att endast en liten del av det som görs var vetenskapligt baserat med de strikta krav SBU har på begreppet.

Det som vården använder rutinmässigt är alltså inte alltid vetenskapligt bevisat att det är effektivt. De som utformar och tillämpar de olika delarna av tandvårdsstöden har en avvägning att göra i förhållningssättet till detta faktum. Naturligtvis skall man uppmana till att använda de metoder som är bevisat effektiva. Lika naturligt är att inte rutinmässigt stödja metoder som är bevisat ineffektiva eller skadliga. Detta är inget problem. Problemet uppstår med de metoder som inte är prövade på det strikta sätt som SBU och dess internationella systerorganisationer kräver. Dessa metoder måste användas då de är ”beprövad erfarenhet”. Kategorin inrymmer den allra största delen av alla åtgärder som hälso- och sjukvården utför. Detta gäller även tandvården.

SBU har fram till årsskiftet 2008 publicerat sju rapporter med relevans för tandvården och av dessa är fyra direkt riktade till tandvården. ”Att förebygga karies” år 2002, ”Kronisk parodontit” år 2004 samt ”Bettavvikelse och tandreglering i ett hälsoperspektiv” år 2005. Två rapporter gäller behandling av astma och KOL samt metoder för tobaksavvänjning. Våren 2007 publicerades studier angående medicinsk behandling av sömnapnéer som berör tandvården eftersom en behandlingsform är en speciellt utformad bettskena. Hösten 2007 publicerades ytterligare en kariesrapport, denna gång om ”Karies diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling”.

## 6.0. Om utbud av tandvård, kartläggning

Kapitlet är beskrivande.

Tandvård ses i huvudsak som nära vård.

Andelen tandläkare med specialistkompetens är ca 10%.

Privata vårdgivare svarar för ca hälften av all allmäntandvård.

Östergötland har lägre andel legitimerad tandvårdspersonal än andra landstingsområden.

Vårdutbudet är ojämnt fördelat över länet.

Den tredje dimensionen som, förutom behov hos befolkningen och efterfrågan, styr tandvården är utbudet. Man bör komma ihåg att valfriheten att söka tandvård är så gott som oinskränkt och att man som vuxen kanske väljer att få sin tandvård i en annan del av länet, eller utanför länet eller till och med utanför landet, än där man bor. Även barn och ungdomar kan söka sin allmäntandvård fritt inom landet.

Tillgång till tandvård måste vara en grundläggande del i ett medborgarperspektiv, och en viktig uppgift är att belysa medborgarens möjligheter att få vård. Först där-efter kommer möjligheter att välja vårdgivare, både mellan folktandvård och privattandvård, men minst lika viktigt är att kunna välja att få vården på den klinik/mottagning man föredrar.

Utbudet följs på nationell nivå genom jämförelser av antalet legitimerad tandvårdspersonal och inom Östergötland genom Tandvårdsgruppens utbudsstudier.

### 6.1. Jämförelser och "rätt" nivå

Detta avsnitt är en problematisering av svårigheterna att kunna dra bestämda slutsatser från statistik och prognoser om tillgången på vårdpersonal.

Den resurs som diskuteras nedan är tillgången på kompetent välutbildad personal. Tillgång på tandvårdspersonal i den följande diskussionen gäller all vårdpersonal sammantaget för länet d.v.s. både de anställda inom FTV och de som är privatanställda eller själva är privata vårdgivare. Den omfattar således all legitimerad personal oavsett verksamhetsform. Statistiken presenteras av Socialstyrelsen som är officiell statistikmyndighet inom området.

Jämförelser sker i den officiella statistiken som jämförelser mellan landstingsområden och är relativa, vad som är rätt nivå eller lagom nivå eller tillräcklig nivå framgår inte av sådana jämförelser. Antal individer med legitimation är också ett grovt mått där exempelvis andelen specialisttandläkare ingår i totalsumman och

den andelen kan variera mellan områdena. Effekter på tandhälsan eller på avsaknaden av tandsjukdomar kan inte utläsas ur denna statistik. Sådan mått kan inte heller utläsas vid jämförelser av länen inom hälso- sjukvården i övrigt.

Inom kvalitetssäkring brukar man anse att om man inte kan mäta de slutgiltiga effekterna av verksamheten så bör man mäta och beskriva processerna i verksamheten. Kan inte heller dessa mätas så är strukturerna det som kan mätas. I den andan och till följd av Tandvårdslagens krav på att det skall finnas kompetent personal för verksamheten är dessa jämförelser viktiga.

Tandvårdsgruppen anser att de uppgifter som presenteras i den officiella statistiken och den utveckling som kan skönjas noga bör följas och värderas för att i tid kunna föreslå de åtgärder som eventuellt behöver genomföras.

## 6.2. Lokalt i Östergötland

I Östergötland är hälso- och sjukvården begreppsmässigt uppdelad i nära vård, länssjukvård och högspecialiserad vård. En indelning av tandvårdens olika delar på likartat sätt ger att tandvård i huvudsak är nära vård. Synsättet anknyter till den nära sjukvården. Tandvårdsbehoven är:

Vanligt förekommande i befolkningen,  
ofta förekommande för individen och  
långsiktiga ur individens livscykelperspektiv.

Detta gäller allmäntandvård såväl för barn och ungdomar som för vuxna. Detta synsätt är speciellt viktigt för grupper som genom flera samverkande faktorer har en väsentligt högre sjukdomsrisk. Denna förhöjda risk kräver frekventa och intensifierade insatser för individerna och närheten till vård är avgörande för om dessa insatser kan komma till stånd. Exempel på sådana grupper kan vara barn från socioekonomiskt utsatta grupper, barn med ensamföräldrar, barn från invandrarfamiljer eller vuxna med särskilda behov. Vi ser dessa grupper i de speciella analyser som FHVC gör med s.k. GIS-teknik, där Folktandvården har definierade uppdrag inom dessa geografiska områden (se avsnitt 4.6.1. ang projekten) (FHVC 2007a).

Vad gäller specialisttandvården med åtta definierade tandvårdsspecialiteter, är tandreglering och barntandvård att betrakta som nära vård, medan andra specialiteter såsom käkkirurgi, tandlossningssjukdom och protetik bör kunna ses som länsövergripande vård. I Östergötland likställs sjukhustandvård med de formella specialiteterna och bör i detta perspektiv ses som nära vård.

Andelen specialister inom tandvården är ca 10% av det totala antalet verksamma tandläkare. I en utredning föreslår Socialstyrelsen i stort att den nuvarande numerären specialister och specialiteter är tillfredsställande (Socialstyrelsen 2006b). Man diskuterar, även om det inte lagts några konkreta förslag, att det kan finnas behov av ytterligare specialiteter inom områden som sjukhustandvård och samhällsodontologi. (Jämför även avsnitt 9.3. kompetenser för planering).

### 6.2.1. Prioritering

Den östgötska prioriteringen av patientgrupper baserar sig på Tandvårdslagen men skulle kunna göras tydligare och mera styrande om det fanns en nationell vision för munhälsa med mera konkreta mål än vad Tandvårdslagen ställer upp. I uppföljningar som Socialstyrelsen gjort riktas kritik till landstingen för att de gör olika bedömningar. Det gäller såväl uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård (Socialstyrelsen 2005) som tandvård som led i kortvarig sjukdomsbehandling (Socialstyrelsen 2007b).

Folkhälsoarbetet såsom tobaksavvänjning är prioriterat i hälso- och sjukvården i stort i Östergötland, men finns inte uttalat med i tandvårdens prioriteringar. Detta arbete har en annan dimension som är svår att hantera i den patientrelaterade prioriteringslista som visas nedan. Folkhälsoarbetet i tandvården ges i Östergötland prioritet direkt i avtalen med Folktandvården och de privata vårdgivarna.

Den i Landstinget i Östergötland politiskt fastlagda prioriteringsordningen i avtalet mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Folktandvården, som baseras på lagens krav, gäller enligt följande ordning,

1. Barn och ungdomar med akuta besvär
2. Vuxna med akuta besvär
3. Områdesansvar för barn och ungdomar
4. Tandvård för barn och ungdomar i övrigt
5. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre och funktionshindrade
6. Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid
7. Tandvård för vuxna i övrigt efter bedömning och prioritering av behov. Detta gäller såväl revisionspatienter som nya vårdsökande.
8. Barn- och ungdomstandvård som inte är odontologiskt motiverad.

Inom varje grupp bör individer med störst behov behandlas först oavsett betalform. Prioriteringen gäller den landstingsägda tandvården som helhet. Prioriteringen delar inte upp Folktandvården i olika vårdsektorer utan gäller för hela Folktandvården, således även för den tandvård som bedrivs på sjukhusen inom käkkirurgi och bildmedicin. Folktandvården är en sammanhållen organisation och dess ledning har ansvar för att resurserna fördelas över länet i enlighet med den beslutade prioriteringsordningen. Befolkningen skall, enligt den politiskt antagna uppdragsbeskrivningen för tandvård, ha lika villkor för att erhålla vård och ha god tillgänglighet till tandvård i hela länet.

Ett annat dilemma är att olika delar av tandvårdsstöden ger olika prioritet till samma patientgrupp. Ett exempel är det nuvarande åldersrelaterade stödet som Tandvårdsförsäkringen ger till dem som är 65 år och äldre. Ålder är ingen automatisk prioritering i landstingets behovsstyrda vård och dessa patienter prioriteras därför inte inom landstingets prioriteringslista. Den nyligen beslutade förändringen i den statliga tandvårdsförsäkringen ändrar detta förhållande, då detta stöd till dem 65 år och äldre tas bort. Abonnemangspatienter är inte heller behovs-

prioriterade men där har FTV ett avtalsliknande förhållande till patienten som gör att dessa patienter kan uppleva sig ha prioritet.

### 6.3. Östergötland i jämförelse med riket

De östgötska kommunerna har olika problemkomplex när det gäller möjligheterna att få tillgång till tandvård. I avsnittet 4.1 antyder vi hur omvärlden beskriver Östergötland med större städer där utbudet av tandvård är bättre och glesbygd där Folk tandvården är enda tandvårdsaktör. Flera kommuner saknar i dagsläget helt privata vårdgivare.

#### 6.3.1. Beskrivning av dagsläget

I jämförelse med andra län som inte har tandläkarutbildning har Östergötland lägre tillgång på legitimerad tandvårdspersonal. De län där utbildningen av tandvårdspersonal sker har större tillgång på personal än de län som inte har sådana utbildningar. (Socialstyrelsen 2007a, Socialstyrelsen 2008).

Innan vi går till de senaste officiella siffrorna visar vi en annan myndighets beräkningar för att antyda att den relativa bristen på tandvårdspersonal i Östergötland kommer fram även med andra metoder och mätningar. Konsumentverket anger tandläkartillgången på ett något annorlunda sätt, som antal invånare per tandläkare. I riket är siffran 1 191 invånare per tandläkare, och motsvarande i Östergötland är 1 401 (Konsumentverket 2003). Siffrorna skiljer sig åt beroende på olika inbördes definitioner, och måtten är grova men ger sammantaget bilder av att länet är relativt underförsörjt med personella resurser för tandvård.

Socialstyrelsens prognos (sept 2007) har följande siffror på tillgången på tandvårdspersonal i Östergötland och några angränsande län år 2005. Östergötland har där lägre antal tandläkare per invånare än andra landsting/regioner (Socialstyrelsen 2007a).

Län	Antal tandhygienister per 100 000 inv	Antal tandläkare per 100 000 inv
E	29	66
D	35	77
F	40	80
T	41	76
Riket	35	82

Fig 15. Antal tandhygienister och antal tandläkare uppdelat på län samt riket per 100 000 invånare. Efter Socialstyrelsen 2007a.

E= Östergötlands län, A =Stockholms län, VG reg= Västra Götalandsregionen, Skåne= Region Skåne, AC= Västerbotten, D= Sörmland, F= Jönköping, T= Örebro, G= Kronoberg, Y= Västernorrland.

Efter denna redovisning kan konstateras att FTV i Östergötland arbetar aktivt med att utveckla tandhygienisternas arbetsfält inom deras kompetenser för att till viss del väga upp den relativt knappa tillgången på tandläkare. Andelen tandhygienister inom privattandvården och den interna arbetsfördelningen där kan inte bedömas.

Även om man räknar med kompetensväxling och att en del av vårdarbetet kan utföras av tandhygienister visar statistiken av de sammantagna legitimerade yrkena, tandläkare och tandhygienister sammantaget, samma bild. Här är också redovisat länen med tandläkarutbildningar (A, Västra Götaland Regionen, Skåne och AC), grannlänen samt de tre länen i riket med lägst antal legitimerad personal.

Län	antal leg. tandvårdspersonal totalt per 100 000 invånare
A	119
VG reg	125
Skåne	117
AC	123
D	112
F	120
T	116
Y	99
G	98
E	95
Riket	117

Fig 16. Summan av antal tandhygienister och antal tandläkare uppdelat på län per 100 000 invånare. Utbildningslänen, angränsande län, riket samt de tre länen i riket med lägst antal personal. Anpassad efter Socialstyrelsen 2007a.

Östergötland har även med denna jämförelse lägst andel legitimerad tandvårdspersonal i landet. Socialstyrelsens senaste redovisning (januari 2008) noterar detta faktum under rubriken regional tillgång.

”Lägsta tätheten /på tandläkare/ fanns år 2005 i Östergötlands län med 66 tandläkare per 100 000 innevånare” (Socialstyrelsen 2008 s35)

Tandvårdsgruppen har analyserat detta faktum men har svårt att finna rationella förklaringar. Genom bl.a. utbudsstudierna (se avsnitt 6.3.) framgår det emellertid att det finns såväl behov av som utrymme för ökat antal tandvårdsenheter i länet.

Ser man utvecklingen över tid förstärks bilden av att Östergötland har färre personella tandvårdsresurser än andra län. Utvecklingen mellan åren 2002 till 2005 redovisas även i Socialstyrelsens statistik.(SOS 2007a)

Län	Procentuell förändring av antalet vårdpersonal per 100 000 invånare av	
	Tandhygienister	Tandläkare
D	34	2
E	29	-12
T	32	5
Riket	28	4

Fig 17. Ökning av antalet tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare mellan åren 2002 och 2005 i vissa län samt riket. (Socialstyrelsen 2007a).

Även i denna jämförelse förefaller Östergötland ha en annorlunda utveckling än andra län.

De redovisningar som det ovanstående baserar sig på visar den totala tillgången på tandvårdspersonal offentlig och privat. I jämförelse med riket totalt så är den privata vårdsektorn mindre i Östergötland men rikets siffror dras upp av att privat-tandvården är större i storstadsregionerna.

En väl utbyggd Folktandvård bedöms även främja rekryteringen till privattandvården. Nyexaminerade tandläkare börjar normalt inom den offentliga tandvården och de som sedan är intresserade av privat verksamhet övergår då till sådan, oftast inom ort i närheten, där de är välkända och lätt kan rekrytera patienter.

Ett exempel på detta är ett nyetablerat större tandvårdsföretag som hösten 2007 etablerades i Linköping och Norrköping. Deras rekrytering skedde initialt väsentligen från redan etablerade tandläkare i Östergötland.

Östergötland har även geografiska obalanser när det gäller tillgången på privattandvård. Majoriteten av privattandläkarna är lokaliserade i de stora tätorterna medan några av de mindre kommunerna inte har någon privattandvård alls.

#### 6.4. Faktiska hälso- och sjukvårdskostnader jämfört med förväntade

Sveriges Kommuner och Landsting redovisar tillsammans med Socialstyrelsen årligen öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den



senaste redovisningen avser underlagsmaterial från 2006. Tandvård ingår inte i materialet.

I avsnittet om jämförelser mellan landstingen av hälso- och sjukvårdens kostnader redovisas effektivitet i form av måluppfyllelse i förhållande till resursinsats. Det bästa måttet på resursinsats bedöms vara kostnaden för en definierad verksamhet.

Uttryckt i kostnad per invånare hade Östergötland 2006 den lägsta kostnaden av alla landsting. Jämförelsen fördjupas genom att man pekar på att landstingen har olika förutsättningar genom att de strukturella förhållandena skiljer sig åt. Det gäller exempelvis befolkningens ålderssammansättning, geografiska avståndsfaktorer samt sjukdomspanorama. En standardkostnad baseras på dessa för landstingen opåverkbara kostnader. Skillnader i standardkostnader är den kostnads-skillnad som kan förklaras av strukturella skillnader. I rapporten avseende 2006 redovisas att Östergötland har bland den lägsta kostnadsnivån även justerat för att landstingen har olika förutsättningar.

Även om de öppna jämförelserna inte är baserade på tandvårdsuppgifter finns det goda skäl att ha dessa jämförelser i åtanke vid bedömning av den redovisade låga tillgången på tandvårdspersonal i länet.

## 6.5. Utbudsstudierna

Utbudsstudier genom enkäter till samtliga vårdgivare inom tandvården i Östergötland är genomförda åren 2001, 2003 och 2006.

Slutsatserna från undersökningen 2003 var att tandvårdsutbudet var ojämnt fördelat inom länet. Tillgängligheten för akuta patienter var god i nästan alla kommuner. Nya vuxna patienter hade problem att hitta vårdgivare inom flera kommuner, detta gällde speciellt i den västra länsdelen. Barn och ungdomar hade inte reell valfrihet i alla kommuner och en större andel privattandläkare angav också att de inte tog emot nya barn eller ungdomar.

FTV har ett uppdrag att fördela resurser över länet vilket synes ha varit mindre framgångsrikt då samma kommuner angav problem såväl år 2003 som år 2001.

Studien upprepades hösten 2006, och en snedfördelning av tandvårdsutbudet mellan kommunerna finns fortfarande. I flera kommuner, fortfarande främst i västra länsdelen, anser de flesta vårdgivarna att det finns underlag för flera tandvårdsmottagningar inom deras kommun (Andersson 2007).

## 6. 6. Sammanfattning av tandvårdsutbudet i Östergötland

Tandvårdsutbudet är ojämnt fördelat i Östergötland vilket medför risk för olika tillgänglighet till tandvård. Ur officiell statistik kan dessutom utläsas att länet är relativt underförsörjt med tandvårdspersonal, privattandvård och folktandvård sammantaget. Detta kan utgöra ett potentiellt problemområde speciellt på några års

sikt. Tandvårdsgruppen kommer att noga följa och analysera utvecklingen. I denna analys måste många faktorer vägas in såsom länets befolkningsstruktur, tätort/glesbygd och liknande. Negativa effekter på befolkningens tandhälsa kan kortiktigt inte utläsas ur den officiella statistiken.

## 7.0. Om efterfrågan på tandvård

Kapitlet är beskrivande och analyserande.  
Valfriheten för tandvårdens patienter är omfattande och beskrives.  
85% av befolkningen besöker tandvården regelbundet, men hur ofta man bör gå eller väljer att gå är individuellt olika.  
Patienternas kostnader för tandvård diskuteras.

### 7.1. Fritt val av tandläkare respektive områdesansvar inom tandvården

#### **Barn och ungdomar**

Inom barn- och ungdomstandvården råder vad gäller allmäntandvård ett fritt vårdval. Barn/ungdomar i åldern 3-19 år samt deras föräldrar kan fritt välja att få sin individuella tandvård (undersökning, förebyggande insatser och behandlingar) utförd av folktandvården eller valfri privat tandvårdsutförare. Inom Folktandvården kallas barn/ungdomar för undersökning på närbelägen klinik. Man kan dock oavsett bostadsadress välja annan klinik än den mest närbelägna. Inom de olika FTV-klinikerna försöker FTV i så stor utsträckning som möjligt medge fritt val av tandläkare och tandhygienist.

Inom specialisttandvård för barn och ungdomar råder i dag inte valfrihet ur patientperspektiv. Specialisttandläkare kan fritt etablera sig, men idag ingår uppdraget att utföra specialisttandvård för barn och ungdomar och ersättningen för detta i avtalet mellan HSN och FTV. FTV medger själva att i första hand barn/ungdomar boende i de delar av länet som gränsar till andra län efter eget val kan få sitt behov av specialisttandvård, i första hand tandreglering, utförd av vårdgivare i annat län. Ersättningen regleras i dessa fall direkt mellan FTV och berörd annan vårdgivare. Tandvårdsgruppen utreder på uppdrag förutsättningarna för fritt val av vårdgivare avseende specialisttandvård för barn/ungdomar.

Vad gäller uppdraget inom områdesansvaret, som innefattar att följa tandhälsan och att bedriva tandhälsoinformation inom mödra- och barnhälsovård samt i förskola och olika skolstadier, är detta idag inte konkurrensutsatt. Uppdraget ingår i FTV:s åtagande enligt avtalet med HSN.

#### **Vuxna**

Inom såväl allmäntandvård som specialisttandvård för vuxna råder full valfrihet. Privata tandläkare, såväl allmän- som specialisttandläkare, etablerar sig helt fritt och ersätts dels i form av patientavgifter dels i form av statligt tandvårdsstöd. Samma ersättningsprinciper råder ur patientsynpunkt för vuxentandvården, såväl allmän- som specialisttandvård, utförd inom FTV. I avtalet mellan HSN och FTV ingår även uppdrag och ersättning för att FTV skall ha kliniker väl spridda över

länet samt att FTV har ett yttersta vårdansvar, som innebär att alla patienter måste tas emot. Grunden för detta uppdrag ligger i den politiskt beslutade uppdragsbeskrivningen för tandvård. FTV:s specialisttandvård får dessutom ersättning för att följa utvecklingen inom området samt för att vara konsultstöd för allmäntandvården inom såväl FTV som privattandvården. Även för det direkta individuella behandlingsarbetet får FTV en viss ersättning i avtalet.

### **Landstingets särskilda stödformer**

Vad gäller landstingets särskilda stödformer i form av uppsökande verksamhet till äldre och funktionshindrade samt tandvård som led i sjukdomsbehandling gäller följande:

Inom den uppsökande verksamheten i form av individuella munhälso-bedömningar upphandlas denna av landstinget varför individens valfrihet inte råder. Såväl FTV som privata tandvårdsutförare utför idag uppsökande verksamheten.

Vad gäller individuell behandling i form av nödvändig tandvård och tandvård som led i sjukdomsbehandling råder fritt val av vårdgivare. Patienten betalar samma vårdavgift som i öppna hälso- och sjukvården och landstinget ersätter vårdgivarna i nivå med FTV-taxa.

## **7.2. Hur ofta bör man gå till tandvården**

Det finns flera olika moment i komplexiteten kring frågan: Hur ofta skall man gå till tandvården på kontroller? Ett moment är samspelet mellan utbud, behov och efterfrågan som vi berör i avsnittet 2.2. Ett annat moment är att det är omöjligt för individen att själv upptäcka tidiga tecken på sjukdom utan professionell hjälp eller den tekniska utrustning, exempelvis röntgen, som erfordras. Ett tredje moment är omöjligheten för professionen att prediktera den individuella sjukdomsriskerna på lite längre sikt (mer än 2-3 år) hos en patient då risken är helt beroende på patientens egna åtgärder.

Många vuxna med stabila livssituationer behöver inte årliga kontroller utan kan gå mera sällan då risken för ny sjukdom är liten. Fyllningar och andra restaurationer som går sönder är den största anledningen till tandvårdsbesök hos dessa individer, och sådana defekter är lätt för patienten att själv upptäcka och föranleder då ofta akuta besök.

## **7.3. Besöksvanor**

En stor andel av befolkningen (ca 85%) går regelbundet på kontroller för att upptäcka eventuella sjukdomstillstånd, eller andra brister, i munhålan med omgivande vävnader. Hur ofta man går på dessa kontroller är oftast kulturellt betingat mer än baserat på analys av den individuella sjukdomsriskerna. Lägst besöksfrekvens finns hos unga vuxna under 30 år, men de har samtidigt den lägsta sjukdomsförekomsten. Lägre besöksfrekvens finns också hos grupper av invandrare (Jfr SOU 2007).

Socialstyrelsen fann i en enkät att 20% i befolkningen angav att senaste besöket var föranlett av akuta besvär (Socialstyrelsen 2006a).

I Östergötlands befolkningsenkät framkommer att 95% av dem som är yngre än 20 år har varit hos tandvården de senaste två åren. I åldersgruppen 21- 60 år angav 87% att de besökte tandvården vart eller vartannat år. Hos de äldre 61-70 år var besökssiffran 91%, för dem 71-80 år gamla var den 87% och för de äldsta (80+) 83%. (Befolkningsenkät 06).

Regelbundna besök, minst vartannat år, anges i en annan enkätstudie av 92% av 65-åringarna och av 89% av 75-åringarna (E-T 2007).

Östgöten går regelbundet till tandvården.

## 7.4. Patienternas kostnader för vård

Debatten kring tandvårdsfrågor handlar ofta om patienternas avgifter/kostnader för tandvård, och om att avgifterna i tandvård är höga i förhållande till hälso- och sjukvårdens avgifter. Då allmänheten inte har full insikt i hälso- och sjukvårdens reella kostnader blir jämförelsen av avgifterna/kostnaderna lätt felaktig.

Ett exempel:

Det är sällan man jämför tandvårdens priser med annan professionell individrelaterad service som är på en marknad med små subventioner. Advokaters timtaxa, som ett tankeexempel, är nog inte lägre än tandvårdens trots att deras kapitalkostnader är väsentligt lägre.

Till uppfattningen att det är dyrt med tandvård bidrar även den reella informationsasymmetrin. Patienten känner sig ännu mera i underläge då hon/han är beroende av vårdgivaren för information om behandlingsalternativ och om kostnader. Det kan också vara så att kunden/patienten inte uppfattar att man betalar för kunnande (kunskapsområden som förebyggande, diagnostik, hälsofrämjande och liknande) utan man ser tandvård som hantverk och vill betala för fyllningen eller annan konkret åtgärd. Tandvårdstaxornas styckepriser och detaljerat definierade åtgärder kan bidra till ett sådant missförstånd.

I tandvård är frågan om dyrt eller inte dessutom styrt av hur man som individ väljer att göra sina prioriteringar, och vad man förväntar sig av samhällets stöd.

Ett exempel:

Man skulle, åter som tankeexempel, kunna argumentera för att ett handikapphjälpmedel som nödvändiga glasögon skulle kunna ingå i ett välfärds-system och få offentliga subventioner.

Statistiska centralbyråns undersökningar över hushållens utgifter ger en inblick i hushållens prioriteringar. År 2001 anges att 0,8% av utgifterna används till tandvård. Andra hushållskostnader framgår av tabellen nedan.

Utgiftstyp	SEK /år
Tandvård	1 940
Godis choklad	1 869
Läskedrycker	1 160
Tobak	2 200
Frisör	1 520

Fig 18. Vissa kostnadsslag per hushåll. (SCB 2001).

I tandvård är patientavgifternas andel av den totala kostnaden för de flesta vuxna betydande, men de flesta patienter har dock låga kostnader för sin tandvård. Endast 6% angav att de haft kostnader över 5 000 sek för tandvård senaste året. De med höga kostnader flera år i rad var mycket få (SOU 2007). För dem med höga kostnader är dessa naturligtvis ett problem, och i det nya statliga tandvårdsstödet för vuxna ingår ett högkostnadsskydd för alla (Prop 2007/08). Tandvårdsförsäkringen återfår då karaktären av försäkring för patienterna.

Dessa siffror stöds av analyser av hur individer födda 1942 svarat på de enkätundersökningar Landstinget i Östergötland gör i samarbete med Örebro läns landsting. Av dem som hade höga tandvårdskostnader år 2002 hade 6% höga kostnader även år 2007. Ungefär lika många av dem med höga kostnader år 2002 angav att de inte hade några kostnader alls det senare året. (E-T 2002, E-T 2007).

Höga kostnader (mer än 8 000 sek senaste året) år 2007 anges av 5% av dem födda 1942 och av 7,6% av dem födda 1932 (E-T 2007).

Att en individ inte efterfrågar vård kan bero på många faktorer; att vården inte är tillgänglig nog, att den är för kostsam, att det inte presenteras enklare alternativ, eller att individen prioriterar annat än tandvård. Ett enkätsvar som ”att inte ha råd med föreslagen vård”, eller ”inte söka vård trots upplevda besvär”, täcker också flera olika grupper av patienter, inte bara ekonomiskt svaga personer eller patienter med sådan vård som inryms i begreppet lyxtandvård. Andra skäl att inte söka vård är att man drar sig för obehaget eller att man har en kraftig tandvårdsrädsla. Besvaren kan också vara av den art att de avklingat utan professionella åtgärder.

I Östergötlands befolkningsenkät anger nästan 17% av de svarande att de avstått från tandvård trots att man upplevt behov. Av de som är under 20 år och alltså har avgiftsfri tandvård anger 14% att de avstått vård trots behov (Befolkningsenkät 06).

I enkät till 65- och 75-åringar svarar 90% att de aldrig avstått från tandvårdsbesök på grund av ekonomin. Omkring 10% av de svarande har någon gång avstått från den vård som tandvården föreslagit. (E-T 2007).

Tandvårdsförsäkringen innehåller flera regler som inte bidrar till att gynna den orala hälsan. Tandvårdsgruppen vill här bara ta upp några exempel. Det första är ”ettårsregeln” som innebär att vården normalt skall vara avslutad inom ett år. Karensreglerna för ersättningar från tandvårdsförsäkringen gör att om vården drar ut på tiden får patienten ett nytt karensbelopp innan försäkringsersättning utgår. Det gör att ersättningssystemet påskyndar vård som kanske borde gjorts i flera etapper med utvärderingar mellan etapperna. Vård i etapper använder Tandvårdsgruppen framgångsrikt inom bl.a. nödvändig tandvård där landstinget finansierar vården.

Tandvårdsstöden ger också en splittrad bild för både vårdgivarna som för allmänheten. Det som i utredningar och förslag presenterades som att

”... förebyggande för alla skall prioriteras framför stöd för höga kostnader för några få...(prop 1995/96:150 s 12).

har genom olika tillägg urholkats. Ett sådant är att de med viss diagnos (bl.a. Sjögrens syndrom) får ett helt annat samhälleligt stöd genom Landstingets tandvårdsstöd än andra muntorra med samma risk för ohälsa i munnen.

Ett annat exempel är högkostnadsskyddet för protetik för dem som är 65 år eller äldre (65+). Patienterna betalar där ingen egenandel över ett fast takbelopp. Mikroekonomisk teori beskriver modeller för hur aktörerna på en marknad ändrar beteende vid olika förutsättningar. Teorierna förutsäger att efterfrågan på en avgiftsfri marknad vida överstiger den efterfrågan som finns på en marknad där patienten själv betalar en egenandel. Efterfrågan på vård i 65+ reformen överskred de prognostiserade kostnaderna med tre gånger, då mer vård efterfrågades. Kostnadsökningen berodde även på att förslagen beräknades på subvention till dem över 75 år men i den politiska hanteringen ändrades detta till de som är 65 år och äldre. Denna stödform upphör nu i och med det nya statliga tandvårdstödet.

Olika styreffekter av hur betalssystemen utformas i form av kapitation eller styckeprisdebitering diskuteras i avsnitt 2.9.

Slutligen är rollfördelningen mellan olika offentliga organ den att sistahandsansvaret för att stötta de individer som ”inte har råd med tandvård” inte faller varken på huvudmannen (landstinget) eller den individuella vårdgivaren utan detta är ett ansvar för kommunernas sociala myndigheter.

## 8.0 Om framtiden

Kapitlet är en framskrivning i form av prognoser och analyser samt förslag. Flera olika perspektiv belyses.

Generella krav på tandvården i framtiden från befolkning, anställda och patienter analyseras.

Behov av personal och förslag till förbättringar i tandvårdsstöden beskrivs utifrån landstingens roll som huvudmän för tandvården.

En prognos över den framtida tillgången på tandvårdspersonal i Östergötland presenteras.

Möjligheterna till kompetensväxling där tandhygienisterna utför mera av vården diskuteras.

Tidsperspektiven för framtiden är dels medellångt till år 2015, dels något längre till år 2023 och dessa tidsramar följer dem i Socialstyrelsens nationella planeringsstöd.

### 8.1. Yttre ramar för tandvården

Om man ser till utvecklingen av tandvårdens teknik och metoder kan man se att den sker antingen språngvis när helt ny teknik utvecklas, eller mera stegvis när befintliga metoder förfinas och görs lite bättre. Den tekniska utvecklingen inom tandvården kan man anta kommer att gå med utveckling som förfining av nuvarande tekniker och kanske inte med stora språng. Senast utvecklingen skedde språngvis var i och med att implantat blev en allmänt tillgänglig metod. Enligt Tandvårdsgruppens bedömning finns det sammanvägt inget som tyder på att liknande språng är nära förestående vare sig inom forskningen eller inom andra områden.

Den vård man kan förvänta sig behövs och efterfrågas i framtiden skiljer sig troligen inte särskilt mycket från dagens. Främsta skälet är de stora latent vårdbehov, eller rättare sagt reparationerbehov, som finns i befolkningen. I det nyligen beslutade statliga tandvårdsstödet med högkostnadsskydd kommer sannolikt efterfrågan att öka betydligt (se vidare avsnitt 2.11.). Subventioner och dess inverkan på efterfrågan har tidigare berörts (i avsnitt 2.8.).

#### **Nationell vision för munhälsa**

För att koordinera olika samhällsnivåers och andras insatser talas det ibland om nationella riktlinjer eller nationella visioner, i detta fall för munhälsa. Det är att jämföra med exempelvis trafikens nollvision för trafikolyckor.

För att kunna utvärdera olika förslag till stödformer krävs prioriterade mål för verksamheten för att kunna följa upp den systematiskt. Basen för en vision är



naturligtvis konkreta nationella mål som är mera möjliga att operationalisera än de övergripande som finns i Tandvårdslagen. En nationell vision för oral hälsa kan ge en samlad bild av detta problemkomplex som idag synes vara ansvarsområden för flera nivåer och flera myndigheter.

Ett exempel på vad som skulle kunna göras tydligt med en nationell vision om munhälsa.

Muntorrhet är ett stort problem för många individer. De födda 1942 anger besvär av muntorrhet i 27% dagtid och 49% nattetid, de födda 1932 i 38% dagtid och 58% nattetid.

Orsakerna är skiftande men många mediciner ger detta som biverkan. Effekterna av muntorrhet är väsentligt ökad risk för karies förutom obehagen.

I dagens tandvårdsstöd gavs landstingen uppdrag att ge två diagnosgrupper muntorra patienter tandvård enligt öppna hälso- och sjukvårdens avgifter.

Med en vision som skisseras hade de centrala beslutsfattarna kunnat styras till behovsstyrning så alla individer med liknande risker eller behov fått samma subventionsgrad oavsett diagnos.

I Storbritannien finns en ”aktionsplan för oral hälsa” och i USA finns en liknande handlingsplan. I Tyskland finns de mål för oral hälsa som WHO definierat anpassade till lokala förhållanden. Då det i Sverige saknas en klart uttalad nationell vision för munhälsa gör det att de centrala beslutsfattandet inom olika tandvårdsområden inte kan relateras till någon övergripande konkret målsättning. Detta i sin tur innebär att besluten riskerar att vara motverkande och inte ses som sammanhängande eller logiskt uppbyggda. Huvudmännen riskerar dessutom få kritik från tillsynsmyndigheterna om de lokala tolkningarna av ramlagar blir för lokalt anpassade. (Jfr Socialstyrelsen 2005, Socialstyrelsen 2007b.)

Skillnaderna mellan de nationella riktlinjerna och en nationell vision för munhälsa är viktiga att tydliggöra. De nationella riktlinjerna är riktade till de kliniska behandlingarna medan den nationella visionen har ett övergripande syfte att koordinera alla aktiviteter inom och utanför tandvården, frivilliga som professionella och politiska mot ett gemensamt mål.

### **Nationella riktlinjer**

Socialstyrelsen har sedan ett antal år arbetat med nationella riktlinjer för olika diagnosområden inom hälso- och sjukvården i linje med de övergripande intentioner som finns inom begreppet ”god vård”. Sedan en tid har ett arbete med riktlinjer för tandvårdens vanligaste diagnosområden påbörjats med liknande utgångspunkter.

Riktlinjer för de vanligaste diagnoserna kommer att vara framtagna i tidsperspektivet 3-4 år. Denna utveckling har drivits på av utredningen om och det nyligen beslutade statliga tandvårdsstödet för vuxna (SOU 2007). Dessa kommer att vara till hjälp för kliniskt verksamma och för beställare genom att kunna utmönstra vårdprogram och insatser med begränsad nytta till förmån för effektivare behandlingar. Resultaten från detta arbete kommer successivt att inarbetas i de begränsande regelsystemen för det nya statliga stödet.

### **Styrning av professionell vård**

Landstingets roll som planerare av all tandvård kompliceras av att de inte har möjlighet att direkt påverka den privata tandvårdsektorn annat än inom de områden som landstinget finansierar. Den nationella planeringen är i sin tur beroende av de möjligheter och de begränsningar som de enskilda landstingen har i sina respektive planeringar.

I utredningen bakom nytt statligt tandvårdsstöd för vuxna förs ett resonemang om att begränsa de ersättningsbara delarna av tandvården inom försäkringen vilket kan leda till en effektivare styrning av den utförda vården (SOU 2007).

Landstingen skulle kunna ta det fulla finansiella ansvaret för tandvårdsförsäkringen genom att medlen fördes över från den statliga nivån. Fördelningsfrågorna mellan landstingen/regionerna måste troligen lösas på nationell nivå (Jfr avsnitt 2.8. om styrning).

Hur tandvårdsresurserna, främst kvalificerad personal, fördelas inom landet är ett viktigt område för län som Östergötland vilka relativt sett är underförsörjda med tandvårdsresurser (Jfr avsnitt 6.2.).

### **Valfrihet inom tandvården**

Inom tandvården råder full valfrihet för patienterna vad gäller val av vårdgivare och det enda område som för närvarande inte omfattas av fritt val i Östergötland är specialisttandvård för barn. Förutsättningarna för att införa sådan valfrihet även inom specialisttandvården för barn- och ungdomar utreds för närvarande inom Tandvårdsgruppen. Vuxna väljer fritt och kan få del av de offentliga stöden även för vård utomlands (jfr avsnitt 7.1.).

### **Livskostnad för olika fyllningsmaterial**

Otillräckligt utprovade material används ibland okritiskt då företagen riktar sin reklam direkt till patienterna vilka sedan sätter press på tandvården att använda en viss produkt eller metod. Detta trots att det kanske inte finns tillräckliga tester eller utvärderingar som redovisar för- och nackdelar med det nya materialet eller tekniken. Naturligtvis vore det önskvärt att alla material var väl utprovade och testade innan de togs i bruk. (Jfr diskussionen om evidensbaserad tandvård avsnitt 5.3.). Ibland förs det fram krav att tandvårdens material skall prövas som läkemedel, vilket skulle öka säkerheten för både patienter och vårdgivare. Troligen skulle ett sådant krav från enbart svensk sida riskera att vi inte är intressanta som marknad för de stora internationella företagen, utan vi skulle bli utan nya material.

### **Lagliga möjligheter till kollektiva åtgärder för munhälsa**

Vattenfluoridering som kollektivt hälsofrämjande och förebyggande är mycket verksamt men kan inte användas i Sverige av legala skäl. En förnyad diskussion bör kanske föras om detta med hänsyn till att det är en bevisat effektiv metod att påverka den socialt skiktade munhälsan. I avsnittet 2.12. visas de positiva effekterna på munhälsan till följd av sockerransonering under de bägge världskrigen. En selekterad skatt på socker vore sannolikt ett kraftfullt verktyg.

### **Multicenterstudier**

Samverkan mellan den kliniska verksamheten inom tandvården och forskningen bör kunna utnyttjas bättre. De metoder som utprövas och testas i en väl kontrollerad miljö som forskningen utgör skall sedan överföras i rutinmässig klinisk verksamhet med många behandlare och många olika miljöer. Tandvården har unika patientdata som med kvalificerade datajournaler kan utnyttjas för att föra ut och kontrollera nya forskningsrön på ett systematiskt sätt. Idag översätts forskningsrönen direkt till klinisk verksamhet; mellansteget med test i klinisk skala fattas ofta. Detta medför dels att vissa rön inte tillämpas kliniskt dels att vissa andra får en genomslagskraft de inte borde ha fått. Den stora allmänheten och de kliniskt verksamma blir ovetandes delar i okontrollerade experiment.

### **Kvalitetsregister**

Ett nationellt arbete med ett kvalitetsregister för de vanligaste munsjukdomarna (karies och tandlossning) och de kostsamma implantatbehandlingarna har påbörjats. Detta inrymmer på sikt möjligheter för vårdgivarna på aggregerad nivå (större klinik/mottagning eller kommunnivå) att kunna jämföra sig på ett liknande sätt som inom hälso- och sjukvården i övrigt. Möjligheten att jämföra vårdresultat kommer att vara viktigt i framtiden, och det är då också centralt att register byggs upp på ett sådant sätt att jämförelserna uppfattas som rättvisa av de inblandade. En speciell svårighet är hur man skall kunna registrera och jämföra enskilda privat-tandläkare i ett sådant frivilligt register. De öppna jämförelser som kommer fram alltmer inom sjukvården jämför kliniker som vanligen har en väsentligt mera omfattande verksamhet än en enskild tandvårdsenhet.

## **8.2 Krav på tandvården i framtiden**

### **8.2.1 Krav från allmänheten och patienterna**

Allmänheten och patienterna kommer att ha ökande krav på service och bemötande vilket är en allmän och genomgående trend i samhället. Det kommer sannolikt att krävas ökad tillgänglighet både geografiskt och tidsmässigt. Tandvård i flyttbara kliniker (en utvecklad mobil tandvård) förekommer ännu sparsamt men kan vara en väg att minska glesbygdsproblemen. Mobil tandvård inrymmer många svårigheter som noga måste vägas samman för att kunna ge en kvalitetsmässig tandvård med god tillgänglighet.

Ett annat exempel är de ungas ökande krav på att ha vita tänder som dessutom skall vara i perfekta tandbågar. Sådana önskemål är naturligtvis tekniskt möjligt att tillgodose om det inte finns resursbegränsningar.

Begreppet ”upplevd servicekvalitet” används inom forskningen kring service för att beskriva kunden/patientens upplevelser av ett servicetillfälle. Förväntningarna som kunden har i förväg på hur mötet skall komma att bli jämförs med vad kunden upplever eller uppfattar i mötet. Den upplevda servicekvaliteten består av två huvuddelar, teknisk kvalitet och funktionell kvalitet. Den tekniska kvaliteten är vad som görs och där kunden i vården ofta har liten möjlighet att själv kontrollera kvaliteten. Kunden tar den delen för given.

Den funktionella kvaliteten utgörs av alla delar runt den tekniska kärnan, d.v.s. hur servicen genomförs och hur personalen interagerar med kunden. Den funktionella kvaliteten är den del som vården i stort oftast får kritik för, det kan vara väntetider, bemötande, samspelet i vårdkedjor och obegripliga besked eller liknande. Kundens förväntansnivåer baseras bl.a. på egna erfarenheter, andras erfarenheter, reklam och ”vad säger man på stan”. Ett fallande rykte är svårt och kostsamt att reparera. När kunderna är missnöjda med den funktionella kvaliteten är detta ett allvarligt problem för företag som verkar på en marknad med valfrihet för kunden. (För diskussion om begreppen hänvisas till exempelvis Grönroos 1985). Den tekniska kvaliteten utgör inte något konkurrensmedel, de delar där konkurrensen betyder något blir den funktionella kvaliteten med tillgänglighet, bemötande och liknande.

Svensk tandvård har mycket goda vitsord i olika kundundersökningar; privattandvården brukar ligga mycket högt och Folktandvården något under. Bägge har betyg som ligger över annan hälso- och sjukvård.

I enkätundersökningarna till dem födda 1942 och 1932 anger endast ca 10% att de velat byta tandläkare för att de varit missnöjda, och de som anger att de faktiskt bytt är färre med 5,7% av de svarande (E-T 2007).

Det har i olika fora förts diskussioner om att regelbundna patienter skulle kunna ha en tandhygienist som primärbehandlare inom revisionstandvården. För vissa patientgrupper kan detta under givna förutsättningar vara ett utmärkt sätt att öka kapaciteten hos hela vårdssystemet. Det gäller dock att förutsättningarna definieras noga och med hänsyn till vad kunderna/patienterna vill och vilka tänkbara medicinska/odontologiska problem de har.

Det är av stor vikt att patienterna får träffa samma vårdgivare under en rad år. Dessutom är det endast på detta sätt som vårdgivaren kan lära sig vad som fungerar i hans eller hennes händer och på så sätt en erfarenhetsbank kan byggas upp hos vårdgivaren. Bedömningar av sjukdomsrisk eller progression av sjukdom kräver att behandlaren tar hänsyn till en rad olika individuella faktorer och vilka dessa kan vara för varje enskild patient är en kunskap som kommer med erfarenhet. Jämför kompetensväxling i avsnitt 6.2.

Revisionstandvård (att patienten kallas till vården med överenskomna intervall) som den fungerar idag fanns inte för FTV:s del före 1973 när tandvårdsförsäkringen infördes. Innan dess gällde att varje färdigbehandlad patient sattes sist i kön och fick vänta på sin tur igen. Det kunde då vara många år mellan behandlingsomgångarna. Den utförda vården kunde inte underhållas på ett riktigt sätt och

små skador upptäcktes inte i tid utan orsakade större skador och behov av mera omfattande vård. Vårdgivaren gick dessutom miste om möjligheten att inom rimlig tid se effekterna av sin behandling.

Patienten vill dessutom träffa samma behandlare varje gång, och vill bli behandlad som en viktig kund och inte som en diagnosbärare. I enkätundersökningarna till dem födda 1942 och 1932 finns det en fråga som belyser detta, i senaste omgången svarar 66% att de anser det som mycket viktigt och ytterligare 29% anser det som ganska viktigt att träffa samma tandläkare (E-T 2007).

De stora befolkningsgrupper som inom perioden går i pension kommer att ha högre förväntningar på sin vård än vad tidigare generationer haft. De har också mycket flera och mer komplicerade konstruktioner i munnen vilka kräver regelbundna underhåll för att fungera tillfredsställande.

Ännu äldre delar av befolkningen har fler lagade tänder kvar vilket kommer att medföra underhållsproblem trots att ny sjukdom inte är frekvent.

Subventionernas storlek och utformning inom de olika delarna av tandvårdsstöden är av avgörande betydelse för efterfrågan av vård.

### **8.2.2. Krav från olika myndigheter**

En rad olika myndigheter utövar tillsyn över tandvården i landet, och den följande uppräkningslista är inte komplett. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för vården. Läkemedelsverket har tillsyn över läkemedelshandlingen och över det som benämns medicinsk-tekniska produkter, där bl.a. protetiska konstruktioner ingår. Konkurrensverket värnar om en fungerande marknad i samspelet mellan landstingen som uppdragsgivare, Folktandvården och de privata vårdgivarna. Konsumentverket slår vakt om individernas rättigheter som konsument av vården. Kraven på miljöhänsyn och ökat konsumentinflytande kommer att utvecklas från myndigheternas sida.

Landstingens patientnämnder kan idag bara hantera ärenden i relationen mellan enskild patient och Folktandvården. De privata vårdgivarna har en liknande funktion inom sina organisationer. Det har i tidigare utredningar föreslagits att patientnämnderna skall kunna hantera alla ärenden som har del av landstingens finansiering (SOU 2002).

Det finns idag inget krav på handikappanpassning av befintliga kliniker eller mottagningar, kraven från planmyndigheten kommer vid ny- eller ombyggnation. Det är en tidsfråga innan sådant tvingande krav införs för alla inrättningar där vård bedrivs. Redan nu skall de åtgärder som kan vidtas utan stora kostnader genomföras (SFS 1987). Folktandvårdens lokaler, men inte alla äldre privata tandvårdsmottagningar, uppfyller sådana krav.

Statliga myndigheter som Konkurrensverket och Konsumentverket ställer större och tydligare krav på tandvården. Konkurrensverket kräver, med hot om lagstiftning, att tandvården och landstingen tydligare skall särredovisa FTV:s kost-

nader. I Östergötland sker numera en sådan särredovisning av FTV:s kostnader och uppdragen specificeras inom ramen för de avtal som finns mellan HSN och FTV.

Konsumentverket kräver tydligare och mera begripliga tandvårdstaxor som kan möjliggöra för konsumenterna att jämföra priser och kvaliteter.

### **8.2.3. Krav från anställda**

#### **Arbetsmiljön inom tandvården**

Tandvården har en i flera avseenden besvärlig arbetsmiljö vilket visats av bl.a. Bejerot (1998). Arbetet är både fysiskt ansträngande genom besvärliga arbetsställningar och psykiskt påfrestande med stort vårdtryck och oftast oroliga patienter.

Den stress som alltid finns inom personlig service förvärras av att Folktandvårdstandläkarna ibland dessutom upplever en stark ekonomisk press (Bejerot 1998, Hjalms 2006).

Den skillnad som rapporteras om hur akademiker i allmänhet tycker att arbetet är och hur de tycker att arbetet borde vara, visar störst gap i dessa uppfattningar hos anställda tandläkare och minst hos privattandläkare (Aronsson 1999).

Senast framhålls den lokala arbetsmiljön som problematisk i en ny avhandling som främst behandlar obefordrade kvinnliga folktandvårdstandläkares situation i Skåne (Hjalms 2006).

Lokalt i Östergötland görs medarbetarenkäter till anställda och Folktandvårdens resultat här är ofta goda och visar på en mera positiv inställning än anställda inom hälso- och sjukvård i övrigt.

Dessa olika fynd kan uppfattas som motsägelsefulla men en del av olikheterna beror sannolikt på olika sätt att ställa frågor och olika sätt att insamla svaren. De vetenskapliga arbetena hanterar dessutom specifikt tandläkarna medan medarbetarenkäten omfattar alla anställda inom en enhet.

#### **Tandvårdens företag i framtiden**

De möjligheter en folktandvård har att rekrytera och behålla personal i framtiden är avhängigt många faktorer, liksom många faktorer påverkar möjligheterna till andra driftsformer inom tandvården än dagens privatkliniker. Kanske måste man från olika håll vara öppen för blandformer. Små enmansföretag får troligen svårare att möta nya krav från olika myndigheter på ett tillfredsställande sätt. Små företag kan troligen inte heller ha kontroll över den ökande kunskapsmassan. I enlighet med ekonomisk teori bör nya företagsformer kunna ge en tydligare konkurrens genom att sätta press på att marknaden skall kunna visa vad kunden egentligen får för sina pengar.

I Kronoberg har ett antal kliniker drivits som personalkooperativ under femton år, och utvärderingar tyder på att personalen trivs bättre och att produktiviteten ökat.

Man ser dock svårigheter vid exempelvis långtidsfrånvaro hos nyckelpersoner (Lindkvist 2007). Liknande erfarenheter rapporteras från försök i Östergötland med självstyrande klinik.

### 8.3 Om tillgång på vårdpersonal, prognoser

För planeringen av den framtida tandvårdens möjliga resurser i Östergötland är tillgångsprognoser för tandvårdspersonal nödvändiga. Socialstyrelsen beräknar sådana baserat på historiska data om befintliga vårdgivare, examinationen, pensionsavgångar och migration (Socialstyrelsen 2007a).

Under tiden 1995-2004 ökade antalet utbildade läkare med 20%, sjuksköterskor med 11% och barnmorskor med 13%, medan antalet utbildade tandläkare sjönk med 3% och antalet tandhygienister ökade med 50% (Socialstyrelsen 2007a, Socialstyrelsen 2008).

Den nuvarande specialisttandläkarkåren utgör ca 11% av alla tandläkare (Socialstyrelsen 2007a), och en viktig fråga är om det kommer att krävas fler eller färre specialisttandläkare i framtiden. I Socialstyrelsen rapport anses att den nuvarande numerären är en lämplig nivå i framtiden (Socialstyrelsen 2006b). Ett problem blir om man då avser den nuvarande numerären eller den nuvarande andelen. Om numerären specialisttandläkare är oförändrad kommer andelen specialister att öka till 15% av den totala tandläkarkåren.

I olika utredningar pekas dessutom på landstingens behov av speciella kompetenser inom tandvårdsområden som idag inte är formella specialistområden, det kan vara exempelvis sjukhustandvård och samhällsodontologi.

Samspelet mellan specialisttandvård och allmäntandvård behöver belysas i ett större sammanhang som även inrymmer vad olika delar av tandvårdsteamerna har behörighet att utföra.

#### 8.3.1. Behov av tandvårdspersonal

Många faktorer påverkar behovet av tandvårdspersonal, inte minst det komplicerade samspelet mellan utbud, behov och efterfrågan.

Den medelålders befolkningen har i de flesta fall ett väl fungerande och väl restaurerat bett med många olika tandersättningar. För att dessa skall kunna fungera krävs ett omfattande underhåll och detta beskrivs i avsnittet 4.4.2. ovan.

Den friskare yngre befolkningen kommer att behöva färre reparativa insatser från tandvården, samtidigt som den tekniska utvecklingen gör att allt fler åtgärder går att genomföra. Sådant är svårt att kvantifiera samtidigt som efterfrågan av tandvård är nära relaterat till subventionsgraden inom tandvårdsstöden.

En allt mer åldrande befolkning som dels lever längre, dels har flera tänder i behåll, kräver däremot större reparativa insatser för att kunna bibehålla de funk-

tioner de vant sig vid. Äldre för några få decennier sedan var nöjda med, eller åtminstone accepterade, lösa proteser då detta var det enda tillgängliga alternativet. Dagens erfarenheter är att de kommande äldre kommer att kräva fastsittande konstruktioner då sådana finns att tillgå i form av implantat.

Den relativa bristen på tandvårdspersonal, främst tandläkare men även tandhygienister, som vi ser idag kommer att förvärras under åren framöver. Detta beror dels på stora pensionsavgångar och dels på tidigare minskad utbildning (Socialstyrelsen 2008).

Den kompetensväxling eller utbytbarhet som ofta ses som problemlösningsmodell fungerar utmärkt under vissa förutsättningar inom både sjukvården och tandvården. Inom tandvården kommer de flesta patienter utan egentliga symtom och för att kontrollera att det inte finns sjukdom eller att den sjukdom man har inte har förvärrats. Tandhygienister har kompetenser att diagnostisera karies och parodontit och även att behandla sjukdomarna, men följderna av sjukdomarna, fyllningar och annat, ligger uteslutande inom tandläkarnas kompetensområden.

För att kunna utveckla god diagnostik krävs att man får återkoppling på de moment man utför för att sedan bättre kunna bedöma om och när exempelvis en kariesskada skall repareras med en fyllning. Utan den återkopplingen blir diagnostiken inte säker. Väl samtränade och sammanhållna tandvårdsteam är en nödvändighet för att kunna få en välfungerande kompetensväxling som är rationell, säker och som accepteras av patienten. Sådana team tar lång tid att utveckla.

Den nu reviderade prognosen från Socialstyrelsen anger 4 700 sysselsatta tandhygienister år 2023 vilket innebär en ökning med 45% från år 2005. Antal tandläkare vid samma tidpunkt prognostiseras till 5 400, en minskning med 27% från 7 400 sysselsatta inom tandvården år 2005. (Socialstyrelsen 2008).

I en tidigare prognos (Socialstyrelsen 2006f) förs ett resonemang om att summan av tandhygienister och tandläkare blir ungefär densamma år 2020 som 2011 och 2002, och man förutsätter att denna utbytbarhet kan ske utan problem. I den senare årsrapporten 2007 framhålls emellertid att utbytet av tandläkare med tandhygienister måste utvärderas med goda kvalitetsindikatorer,

”särskilt med tanke att det är en omprioritering som eventuellt kan ha påverkats av vilken personal som funnits tillgänglig att anställa”. Socialstyrelsen 2007 s 46.

Kompetensväxlingen, att överföra arbetsuppgifter från tandläkarna till tandhygienisterna, pågår i Östergötland även om andra landsting kommit längre. Denna överföring rymmer flera frågekomplex. Det viktigaste här är patient säkerheten som måste kunna säkras genom tydliga ledningssystem. Kompetensväxlingen och möjligheterna att arbeta i större vårdteam bygger på att dessa team dels har långvarighet och dels att man noga studerar konsekvenserna för patienterna men också att man gör goda ekonomiska analyser för att kunna besluta om storlek och sammansättning av teamen.



Ett kompetent vårdteam säkerställer att patienten får en fullständig undersökning som bas för en individuell vårdplan. Denna baseras i sin tur på en riskbedömning där patienten måste involveras, bara patienten vet vilken livsstil vad gäller kostvanor och munhygien han/hon kommer att välja. Därefter kan man besluta vilken personal som patienten skall möta i olika sammanhang; det gäller att hitta bästa möjliga nivå som ger säker vård. Jämför avsnitt 7.1. som utvecklar frågorna kring hur ofta man behöver besöka tandvården.

Effekterna på hur patienterna upplever vården är svåra att förutse; det finns dock uppenbara risker att de anser att den upplevda servicekvaliteten försämras om de inte själva kan se vinsterna med att exempelvis besöka en tandhygienist för att få hjälp med definierade problem (jfr med avsnitt 8.2.1.).

Frågan vad som är ”rätt” nivå på primärbehandlare inom tandvården är inte möjligt att enkelt besvara. För riskgrupperade vuxna utan aktuell munsjukdom är en tandhygienist rätt nivå, och för skröpliga äldre med medicinsk historia och medicinering är en tandläkare rätt nivå.

Folktandvården och privattandvården, som är ungefär likstora, har i dessa stycken olika förutsättningar. Privattandvården har inga incitament att gå emot patienternas önskemål genom att glesa ut kontrollerna. (Jfr avsnittet 2.8. om styrning av tandvård). Folktandvården kan lättare förlänga revisionsintervallen eller låta patienten komma till en annan behandlare för att följa de beslutade prioriteringarna i avtalet med HSN (jfr avsnitt 6.2.1.).

Den här utvecklingen och prognoserna inom det nationella planeringsstödet bör följas noga då prognosernas antaganden kanske inte uppfylls.

### **8.3.2. Tillgång på tandvårdspersonal i Östergötland, prognos**

Östergötland har idag lägre andel tandvårdspersonal än genomsnittet för riket, vilket är oroande mot bakgrund av att länets två stora städer tillsammans utgör den fjärde storstadsregionen. En väl utbyggd infrastruktur med god tillgång till nära tandvård måste vara en viktig komponent i en sådan utveckling. De tre större storstadsregionerna har tillgång till tandläkarutbildningar vilket leder till större tillgång på vårdpersonal.

I avsnitt 6.2. påvisades att Östergötland har relativt färre tandläkare och tandhygienister än andra landsting (Socialstyrelsen 2008).

Prognoser om den framtida personaltillgången lokalt bygger dessutom på antagandet att Östergötlands andel av tandvårdspersonalen i landet är oförändrad. Om nyexaminerade tandläkare får välja fritt kommer sannolikt utbildningslänens andel av de nya tandläkarna att vara större. (Jfr avsnittet om styrning 2.8. ovan). Det finns arbetstillfällen närmare skolorna och de nyexaminerade har ofta goda skäl att vilja stanna i den invanda miljön.

Om antalet tandläkare minskar i mindre grad i utbildningslänen genom att de nyt-examinerade blir kvar där blir den relativa bristen större i andra län, däribland Östergötland.

Tandhygienistutbildning kan startas i egen regi eller i samverkan med närliggande landsting och bör övervägas.

#### 8.4. Ett resursproblem

Hur resurserna skall användas, nationellt eller inom landstinget, är ett problem som bara delvis kan lösas genom politiskt fastställda prioriteringar (se avsnitt 6.1.1.), då denna prioritering endast avser Folk tandvården.

Tandvårdsgruppens utbudsstudier visar att FTV haft svårigheter att påverka fördelningen av tandvårdsresurser inom länet (jfr avsnitt 6.2.1.). Sambanden mellan tandvårdssektorerna gör också att rekryteringen till privattandvården blir lidande av en begränsad Folk tandvård, då denna rekrytering oftast sker inom en ort och genom att vårdpersonal går över till privat verksamhet från Folk tandvården.

I samspelet mellan de två vårdsektorerna finns många faktorer som påverkar det samlade utbudet av tandvård. Det bör först påminnas om att den privata sektorn har ett större samlat utbud än den offentliga inom allmäntandvården för vuxna.

Landstingets krav på Folk tandvården bör balanseras mellan speciella uppdrag, som att verka på orter där ingen annan tandvård finns, och taxenivåerna. Taxorna bör sättas efter beräkning av resursåtgången och således baseras på rimliga självkostnadsberäkningar. De speciella uppdragen kan värderas på delvis andra grunder. Bristen på tydlighet inom dessa delar har kritiserats av bland andra Konkurrensverket (Konkurrensverket 2004) och av en under 2007 avlämnad statlig utredning om det framtida tandvårdsstödet (SOU 2007). Det förändrade tandvårdsstödet för vuxna som träder i kraft vid halvårsskiftet 2008 kommer att ha referenspriser som beräknas enligt självkostnadsprinciper. Folk tandvårdens behandlingstaxor kanske till stor del kan baseras på dessa referenspriser.

Taxehöjningar inom folk tandvården leder erfarenhetsmässigt med stor sannolikhet till att privattandvården kan höja sina taxor då folk tandvården är normerande för prisbildningen i ett län.

De speciella uppdrag som landstingen ger sina folk tandvårdsorganisationer bör vara väl definierade, finansierade och möjliga att följa upp på ett tydligt sätt. Sådana uppdrag kan vara att upprätthålla tillgänglighet på mindre orter, erbjuda vård åt alla typer av vårdsökanden och att vara sista hands ansvariga (Jfr styrning i avsnitt 2.8.). I det nyligen beslutade nya statliga tandvårdsstödet för vuxna föreslås att det genom lagstiftning bör krävas särredovisningar om landstingen inte på kort tid förbättrar sina redovisningsprinciper (SOU 2007). Folk tandvården i Östergötland har numera en särredovisning som i stort ansluter till sådana krav.

## 8.5 Förbättringar i tandvårdsstöden

Avsnittet består av förslag.

Kunskapsunderlaget vill här ge impulser till fortsatt utveckling och effektivisering av resursanvändningen. Det bör vara huvudmännens ansvar att i olika fora driva dessa och liknande frågor gentemot den nationella nivån. Punkterna bör läsas som kortfattade sammanfattningar av tidigare resonemang och för mera ingående diskussioner om bakomliggande faktorer finns hänvisningar till andra delar i underlaget.

I detta avsnitt presenteras några områden där förbättringar i tandvårdsstöden skulle medföra dels större begriplighet för allmänheten och dels förenklingar för vårdgivarna. Syftet är också att göra stöden mera rättvisa genom större transparens och att förståelsen för olika delar därigenom kan ökas. Förändringarna ses också som viktiga i ett befolknings- och behovsperspektiv. Idag kan delar av stöden innebära att patienter avstår från vård de behöver på grund av kostnaderna.

### **Uppdelade tandvårdsstöd**

En inledande fråga bör vara om den nuvarande uppdelningen är rationell med att landstingen ansvarar för vissa delar och den statliga tandvårdsförsäkringen för andra delar, vilket beskrivs i avsnitt 2.10. De olika delarna är i varje fall inte lätta att beskriva och inte heller lätta att hantera för vårdgivare och allmänhet. Att landstingen är huvudmän men inte förfogar över de ekonomiska resurserna har berörts tidigare (avsnitt 2.8.).

### **Akuttandvård**

Man kan tycka att för akuttandvård i dess striktaste mening (långvarig värk, ihållande blödning eller kraftiga svullnader) borde det, i ett rättviseperspektiv, ses som naturligt att denna vård på något sätt inlemmades i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Detta skulle medföra en stor vinst i begripligheten av stödsystemen för tandvård. Man kan fråga sig varför en svullnad utanpå kinden behandlas med en avgiftsmodell (=sjukvårdsavgift) medan samma infektion som ger svullnad inne i munnen behandlas med en helt annan avgiftsmodell (=tandvårdstaxa).

### **Nödvändig tandvård**

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre och funktionshindrade, som är en del av landstingens ansvar inom tandvårdsstöden, erbjuds idag individer efter prövning av det individuella personliga omvårdnadsbehovet. Hög ålder är i sig inte ett tillräckligt kriterium för att få del av stöd. Samtidigt kan man inse att den åldrande individen har ökande svårigheter att sköta sin munhygien genom att den manuella färdigheten avtar. Dessutom har de ofta en ökande medicinering där muntorrhet är en vanlig biverkan. Detta ökar ytterligare riskfaktorerna för munproblem.

Idag innebär regelverket att individen måste vara tillräckligt skröplig för att kunna få del av landstingets stöd inom nödvändig tandvård. Bettet kan då vara allvarligt försvagat. Ett förslag vore att alla över en viss ålder, förslagsvis 85 eller 90 år, skulle erbjudas delaktighet i nödvändig tandvård utan individuell prövning. Detta vore att utöka stödet i förebyggande syfte. Individerna skulle då kunna stöttas så att de kan hålla sig friska längre till lägre kostnad för samhället än att behandla deras munsjukdomar vid en senare tidpunkt då de blivit ytterligare svagare. Huruvida både nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet bör ingå kräver fortsatta analyser.

### **Långvarig sjukdom och medicinering**

Ett liknande resonemang kan föras om de patienter som idag har långvarig sjukdom eller medicinering. De har stöd inom tandvårdsförsäkringen genom högre återbäring och slopad karens. Olika utredningar har föreslagit att dessa grupper skulle inlemmas i landstingens stöd och det finns förslag på att dessa patienters stöd skall utredas i särskild ordning.

Kommande förslag kan kanske ge dem högre återbäring inom högkostnads-systemet, vilket minskar deras kostnader för reparationer. Oaktat detta så får de inte mera stöd än ”vanliga” vuxna patienter trots att de har en oftast avsevärt förhöjd risk för munsjukdomar.

Kanske skulle alla dessa patienter årligen erbjudas undersökning och förebyggande vård inom landstingens tandvårdsstöd och att stödet skulle inrikta sig på att förebygga sjukdom istället för att som nu subventionera reparationer när skador väl uppstått. Det kanske skulle utökas till att alla som får receptbelagd medicin erbjuds ett förebyggande besök hos tandvården, då flertalet mediciner har muntorrhet som biverkan.

Det kan upplevas som orättvist att två definierade grupper av patienter med muntorrhet (patienter med Sjögrens syndrom och patienter som strålbehandlats mot ansiktet) får ett väsentligt utökat tandvårdsstöd jämfört med andra grupper av muntorra. Om dessa två grupper återfördes till tandvårdsförsäkringen skulle det vara en återgång till vad som uttalades i utredningen inför de nuvarande tandvårdsstöden. Stöden skulle ha en profil som stödde förebyggande till alla framför stöd för höga kostnader för enskilda. Dessa två grupper patienter skulle då få samma stöd som andra grupper av patienter med samma symptom och samma risker för munhälsoproblem. Stöd skulle då utgå till patienterna så de kan hantera sina problem så att skador inte uppstår.

Ett alternativ vore att alla patienter med muntorrhetsproblem skulle ges samma stöd som ”Sjögrenspatienterna” har idag, d.v.s. skadereparation enligt öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Detta skulle varken ge hälsofrämjande eller förebyggande inverkan. Avgränsningsproblemen för vilken nivå på muntorrhet som skall ersättas har redan idag stora svagheter då mätningarna är lätt påverkbara från patientens sida. Kostnaden för ett ”reparationsstöd” är sannolikt många gånger högre än vad ett ”stöd för egenvård/empowerment” skulle vara.

### **Bettfysiologi**

Inom käkkirurgin behandlas vissa definierade grupper av patienter inom den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, andra patienter som har behov av specialisttandvård behandlas inom tandvårdstaxan. En grupp patienter som lider av vad som närmast kan ses som belastningssjukdomar i käkleder och omgivande vävnader borde ingå i de definierade grupperna inom oralkirurgin vars vårdavgifter är som i den öppna hälso- och sjukvården.

### **Patientnämnderna**

Inom de mera konsumentvänliga delarna av förbättringar borde tidigare utredningars förslag förverkligas, om att låta landstingens patientnämnder hantera alla patientärenden som har eller kunde ha offentligt stöd. Idag hanteras endast Folktandvårdens ärenden. ”Kunde ha stöd” syftar till att stärka de grupper av patienter som inte får del av offentlig subvention då de inte identifieras korrekt av vården.

## Ordlista

Följande begrepp och förkortningar används i texten.

DMFT	(decayed, missing, filled teeth) skadade, utdragna eller fyllda tänder på grund av karies. Skrivet med gemena (små bokstäver) anger indexet mjölkttänder
DMFS	anger antal kariesskadade tandytor (surfaces)
DFT	antal skadade eller fyllda tänder
DFSa	antal skadade eller fyllda sidoytor (approximalt = mellan tänderna i samma tandbåge)
DSa	antal skadade sidoytor
FHVC	Folkhälsovetenskapligt centrum
FTV	Folktandvården, den tandvård som bedrivs i landstingets regi
Förebyggande	åtgärder som syftar dels till att förhindra att sjukdom uppstår dels till att förhindra att pågående sjukdom utvecklas vidare
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälsa	det tillstånd med frånvaro av sjukdom och funktionshinder som individen själv upplever
Hälsofrämjande	åtgärder som bidrar till att individerna kan påverka sin hälsa positivt
Incidens	antal insjuknade under en definierad period
Landstingens tandvårdsstöd	de stöd till tandvård för vuxna som landstingen finansierar.
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
Primärkaries	kariessjukdom i tidigare frisk tand eller yta
NPS	Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen
Prevalens	totalt antal sjuka, sjukdomsutbredning vid viss tidpunkt
Reliabilitet	ett mätinstruments förmåga att vid upprepade mätningar ge samma svar
SBU	Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi
SCB	Statistiska centralbyrån
Sekundärkaries	kariessjukdom i tidigare restaurerad tand eller yta
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SOS	Socialstyrelsen
Tandvårdsgruppen	avser i detta underlag Tandvårdsgruppen vid Landstinget i Östergötland
Tandvårdsstöd	en sammanfattande term för de olika offentliga stöd som finns för tandvård
Validitet	ett mätinstruments förmåga att mäta det som avses
WHO	Världshälsoorganisationen

## Litteraturhänvisningar

19-åringar 2006. Självupplevd tandhälsa hos 19-åringar år 2006. Egna bearbetningar (SO) från enkätaterialet.

Andersson M. 2006. Omvårdnadspersonalens kunskap kring munhälsa och tandvård. Rapport. Landstinget i Östergötland. Linköping.

Andersson M. 2007. Utbudsstudien. Rapport. Landstinget i Östergötland. Linköping.

Aronsson G, Bejrot E, Härenstam A. 1999. Healthy work – ideal and reality among public and private employed academics in Sweden, *Public Personnel Management* 1999;28:197-215.

Aronsson K, Eriksson E, Fornander L, Aldin C. 2006. Munhälsa hos äldre och funktionshindrade. Rapport 2006:9. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.

Befolkningenkät 06. 2006. Befolkningenkät 06. Egna bearbetningar från enkätaterialet. Urval, svarfrekvenser etc beskrivs i FHVC: 06:10. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.

Bejrot E. 1998. Dentistry in Sweden – Healthy work or ruthless efficiency? *Arbete och hälsa* 1998:14. Akad avhandl. Solna.

Bergh M, Råsander J. 2005. Unga vuxnas attityder till tandhälsa och tandvård – Enkätundersökning bland 25-åringar samt analys av svarsfrekvenser. C uppsats Folkhälsovetenskap. Linköpings universitet vt 2005.

CRD. 2000. A Systematic Review of Public Water Fluoridation. NHS Centre for Review and dissemination. University of York.

CMT 2001. Äldres hälsa – en studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län CMT Rapport 2001:1. Linköping.

Dalarna 2002. EpiWux 2003. Skriftserie nr 75. Folktandvården i Dalarna. Falun. ISBN 91-631-4921-4.

Ekbäck G, Nordrehaug-Åström A, Klock K, Ordell S, Unell L. 2008. Self-perceived oral health among 19-year-olds in two Swedish counties. *Swed Dent J* 2008;32:83-93.

E-T 2002. Enkätundersökning år 2002 av födda 1942 och 1952 i Örebro och Östergötlands län. Egna bearbetningar från enkätaterialet.

E-T 2007. Enkätundersökning år 2007 av födda 1942 och 1932 i Örebro och Östergötlands län. Egna bearbetningar från enkätaterialet.

- FHVC 2001. Fördjupad analys av tandhälsan. Rapport 2001:3. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- FHVC 2003a. Tänder hela livet. Munhälsorelaterad livskvalitet hos äldre. FHVC rapport 2003:4. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- FHVC 2003b. Fördjupad analys av tandhälsan. Rapport 2003:5 Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- FHVC 2007a. Interventionsprojekt mot karies baserade på tvärsektorielt samarbete i socioekonomiskt belastade områden i Östergötland. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- FHVC 2007b. Socioekonomi och tandhälsa. Rapport 2007:9. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- FHVC 2008a. Uppföljning av tandhälsa hos barn och ungdomar i Östgötska kommuner 2007. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- FHVC 2008b. Uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland 1994-2007. Folkhälsovetenskapligt Centrum. Linköping.
- Gabre P, Birring E, Gahnberg L. 2006. A 20-year study of dentist's and dental hygienist's assessment of dental caries lesions in bite-wing radiographs. *Swed Dent J* 2006 (30) 35-42.
- Grönqvist E. 2004. Selection and moral hazard in health insurance- taking contract theory to the data. EFI. Stockholm 2004.
- Grönroos C. 1985. Strategic Management and Marketing in the Service Sektor. Studentlitteratur. Lund.
- Halling A, Ordell S. 2000. Emergency dental service is still needed - also for regular attenders within a comprehensive insurance system. *Swed Dent J* 2000,24,173-81
- Hjalpers K. 2006. Good work for dentists - ideal and reality for female unpromoted general dentists in a region of Sweden. Thesis. *Swed Dent J supplement* 182, 2006.
- Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M. 2001. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001 Jun 29 (3): 167-74.
- Hugoson A, Koch G, Johansson S (red.) 2003. Oral hälsa. Konsensuskonferens. Förlagshuset Gothia. Stockholm.
- Hugoson A, Koch G, Göthberg K, Nydell Helkimo A, Lundin SÅ, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. 2005a. Oral Health of individuals aged 3-80 years in



Jönköping, Sweden during 30 years 1973-2003. Swed Dent J 2005;29;125-38.

Hugoson A, Koch G, Göthberg K, Nydell Helkimo A, Lundin SÅ, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K 2005b. Oral Health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years 1973-2003. Swed Dent J 2005;29;139-155.

Högskoleverket 2005. Utvärdering av tandläkarutbildning och odontologisk grund- och forskarutbildning i Sverige. Stockholm. Högskoleverkets rapportserie 2005:18R.

Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Paulander J, Sondell K. 2007a. Patients' health in contract and fee-for-service care. A descriptive comparison. Swed Dent J 2007;31(1) 27-34.

Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Lannerud M, Sondell K. 2007b. Financial systems' impact on dental care; a review of fee-for-service and capitation systems. Community Dent Health. 24(1): 12-20.

Konkurrensverket 2004. Tandvård och konkurrens. Konkurrensverkets rapportserie 2004:1. Stockholm.

Konsumentverket 2003. Konsumenten på tandvårdsmarknaden. Konsumentverkets rapportserie 2003:23

Lindkvist Lars. 2007. Tänder tillsammans. SNS förlag. Stockholm.

Ordell S, Unell L, Söderfeldt B. 2006. An analysis of present dental professions in Sweden. Swed Dent J 30,155-164.

Petersen PE. The world Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31 (Suppl 1) 3-24.

Prop 95/96:150. Regeringens proposition 1995/96:150. Ekonomisk vårproposition.

Prop 2007/08. Proposition nr 2007/08: 49. Statligt tandvårdsstöd.

Ramberg H. 1916. Svenska Tandläkarsällskapets undersökningar af skolbarnens tänder åren 1895-1901. Svensk Tandläkare Tidskrift 1916, 9, 1-28, 123-138, 213-228, 297-316, 355-372.

SBU. 2005. Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv. Rapport N176. Mölnlycke.

SCB. 2001. Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975-1999. Rapport 94. Statistiska centralbyrån. Örebro.

SFS 1985:125. Tandvårdslagen.

SFS 1987:10. Plan- och bygglag, 17 kap 21a§.

SFS 1998:1338. Tandvårdsförordningen.

Sjögren P, Halling A. 2002. Survival time of Class II molar restorations in relation to patient and dental health insurance costs for treatment. *Swed Dent J* 2002;22:59-66.

Socialstyrelsen 2004. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen samt samverkan mellan kommun, primärvård och tandvård. Socialstyrelsen 2004-126-6.

Socialstyrelsen 2005. Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Socialstyrelsen 2005-103-9.

Socialstyrelsen 2006a. Befolkningens tandhälsa. Delrapport 2. Socialstyrelsen 2006-107-12.

Socialstyrelsen 2006b. Tandläkarnas specialistutbildning. En översyn. Socialstyrelsen 2006-107-17.

Socialstyrelsen 2006c. Utvidgad kompetens för tandhygienister - förutsättningar för en försöksverksamhet. Socialstyrelsen 2007-107-1.

Socialstyrelsen 2006d. Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2005. Socialstyrelsen 2006-46-4.

Socialstyrelsen 2006e. Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985-2005. Socialstyrelsen 2006-107-21.

Socialstyrelsen 2006f. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2006. Socialstyrelsen 2006-131-3.

Socialstyrelsen 2007a. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2007. Socialstyrelsen 2007-131-10. Uppdaterad september 2007.

Socialstyrelsen 2007b. Tandvård som led i sjukdomsbehandling. Socialstyrelsen 2007-103-1.

Socialstyrelsen 2008. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2008. Socialstyrelsen 2008-131-10. Januari 2008.

SOU 2002:53. Tandvården till 2010. Stockholm.

SOU 2007:19. Friskare Tänder - till rimliga kostnader. Stockholm

Sundberg H, 1986. Tandvårdslagen. Kommentarer till de nya lagarna. Liber Förlag. Stockholm.

Vetenskapsrådet 2007. Allvarligt läge - en rapport om svensk odontologisk forskning, Vetenskapsrådets rapportserie.

Wärnberg-Gerdin E. 2006. Vad är oral hälsa – och går den att mäta?  
Tandläkartidningen 98,50-53.

Västerbotten 2002. Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002. Umeå universitet och Landstinget i Västerbotten. Umeå 2003.