

Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

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

ISBN 91-85482-00-5

Artikelnr 2005-103-9

Publicering www.socialstyrelsen.se, januari 2006

Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting följa upp landstingens uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård.

Under sommaren 2005 skickade Socialstyrelsen enkäter till landstingens beställare av tandvård och till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. På en konferens anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen fick landstingens beställare ta del av preliminära resultat från de båda enkäterna och i grupparbeten diskutera några av frågorna. Kompletterande telefonintervjuer har också genomförts med sex landstings beställare.

Projektledare för uppdraget har varit *Marianne Appelquist*, Tandvårdsenheten vid Beställare vård i Stockholms läns landsting, som också utarbetat rapporten.

Uppdraget har bedrivits med stöd av en styrgrupp bestående av *Agneta Ekman*, (ordförande) och *Nils Bäckman*, båda från Socialstyrelsen samt från Sveriges Kommuner och Landsting adjungerade *Håkan Vestergren* och *Bertil Koch*.

Helena Petersson har lämnat synpunkter på rapporten. *Björn Emanuelsson* har medverkat vid genomförandet av enkätundersökningen och *Hans Schwartz* har lämnat underlag till rapporten, samtliga från Socialstyrelsen.

Under arbetets gång har en referensgrupp träffats två gånger. Referensgruppen har bestått av representanter från *Sveriges Pensionärers Riksförbund* (SPRF), *Pensionärernas Riksorganisation* (PRO), *Sveriges Pensionärsförbund* (SPF), *Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, ungdomar och vuxna* (FUB) och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* (RSMH).

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Uppdraget	9
Bakgrund	9
Personkretsen	9
Uppsökande verksamhet	10
Nödvändig tandvård	10
Begrepp och uttryck i rapporten	11
Samverkan	11
Tidigare uppföljningar	12
Problembeskrivning	12
Ekonomi	13
Former för att bedriva uppsökande verksamhet	14
Metod och genomförande	14
Enkät till landstingens beställare	15
Enkät till medicinskt ansvariga sjuksköterskor	15
Beställarkonferens	16
Telefonintervjuer	16
Svarsfrekvens och bortfall	16
Resultatredovisning	17
Personkretsen	17
Uppsökande verksamhet	19
Antal uppsökta	19
Kostnader	21
Munhälsobedömning	22
Munvårdsutbildning	25
Tandvårdspersonalens kunskap och kompetens	26
Uppföljning av uppsökande verksamhet	27
Återrapportering av uppsökande verksamhet	28
Epidemiologiska uppgifter	29
Nödvändig tandvård	29
Antal behandlade	29
Kostnader	30
Vårdens innehåll	31
Utförare av nödvändig tandvård	33
Uppföljning av nödvändig tandvård	34
Återrapportering av nödvändig tandvård	35
Samverkan/samarbete	35
Landstingens administration	38
Kostnader	38
Behandlingsförslag	38
Slutsatser och förslag	40
Referenser	47

<i>Bilagor</i>	49
Bilaga 1 – Landstingens uppföljningar av uppsökande verksamhet	49
Referenser, bilaga 1	54
Bilaga 2 – Enkät till landstingens beställare	55
Bilaga 3 – Enkät till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor	63
Bilaga 4 – Grupparbetsfrågor vid konferens för landstingens beställare	67

Sammanfattning

Landstingen skall svara för att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m. samt att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp verksamheten.

Webbaserade e-postenkäter sändes till samtliga landstings beställare av tandvård och till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. På en konferens anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen fick beställarna ta del av preliminära resultat från de båda enkäterna och i grupparbeten diskutera några av frågorna. Kompletterande telefonintervjuer genomfördes med beställare i sex landsting. Uppföljningen sammanfattas i nedanstående punkter.

Gällande ansvarsförhållanden:

- Landstingen ansvarar för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds alla dem som enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen omfattas av stödet, dvs. ingår i personkretsen.
- Kommunerna har en viktig roll och deras medverkan är nödvändig för att identifiera dem som skall ingå i personkretsen och för att överlämna erbjudandet om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Uppföljningen visar:

- Ungefär 40 procent av personkretsen har inte erbjudits någon munhälsobedömning.
- Knappt hälften, 49 procent, av den skattade personkretsen har fått munhälsobedömning och individuell rådgivning om munvård. Variationerna mellan landstingen är stora. Ungefär 11 procent av personkretsen tackar nej till munhälsobedömning.
- Störst andel som fått munhälsobedömning finns i särskilda boenden för äldre.
- Sämst fungerar den uppsökande verksamheten för dem som bor i ordinarie boende.
- Det krävs kontinuerlig samverkan/samarbete med särskilda kontaktpersoner inom kommunerna, primärvården och psykiatri för att personkretsen skall kunna skattas regelbundet och på ett tillförlitligt sätt.
- Det bör finnas kvalitetssystem som säkerställer att det finns dokumenterade rutiner för när skattningarna skall genomföras, hur de skall genomföras och hur uppgifterna skall kvalitetssäkras.
- Munhälsobedömningar genomförs inte alltid av tandvårds- och omvårdnadspersonal tillsammans, vilket bör ske då deras kunskaper skall komplettera varandra.

- Nödvändig tandvård kostar mer per behandlad man än per behandlad kvinna. Män besöker tandvården något mer sällan än kvinnor. Deras ackumulerade tandvårdsbehov kan därför avspegla sig i högre kostnader, när besöken väl sker.

Socialstyrelsens bedömning:

- Det är otillfredsställande att verksamheten inte nått större omfattning efter sex år.
- Förmåner Uppsökande verksamhet och Nödvändig tandvård är inte tillräckligt kända för dem som ingår i personkretsen, deras anhöriga, vänner, intresseföreningar och den stora allmänheten. En kraftfull nationell informationsinsats bör genomföras.
- Den tandvårdspersonal som genomför handledning/utbildning bör i större utsträckning än nu anpassa utbildningen till personalgruppens kompetens, kunskap och önskemål. Det är kommunerna, primärvården och psykiatrin som ansvarar för att berörd personal ges möjlighet att delta
- Grundutbildningarna för tandläkare och tandhygienister behöver innehålla mer om personkretsens tandhälsa och tandvård. I sjuksköterskornas och undersköterskornas grundutbildningar och fortbildningar behöver mer tand- och munvård ingå.
- Tandvård för äldre och funktionshindrade som fördjupningsutbildning bör övervägas, för såväl tandläkare som tandhygienister.
- Nationella alternativt regionala kunskapscentra bör tillskapas, där kunskap och kompetens om tandvård och munvård för äldre och funktionshindrade samlas. Tandvårdspersonal, landsting, kommuner, patienter och anhöriga m.fl. skall kunna få stöd härifrån. Frågan om kunskapscentra bör utredas närmare.
- Genom tydliga krav i avtal och överenskommelser med vårdgivarna bör landstingen i högre grad styra den uppsökande verksamheten.
- Landstingen bör systematiskt följa upp den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården. Resultaten bör återspeglas till de olika verksamheterna.
- Kommunerna, primärvården och psykiatrin bör själva genomföra uppföljningar för att kvalitetssäkra arbetet med munvård och uppsökande verksamhet och för att intentionerna med reformen skall uppnås. Resultaten bör återspeglas till landstingen.
- Vid utgången av år 2004 översteg de under åren samlade statsbidragen samt de beräknade intäkterna för oralkirurgi landstingens samlade kostnader för reformen med 266 miljoner kronor. Medel finns inom landstingen för att fler inom personkretsen skall kunna få del av den uppsökande verksamheten och för att öka informationen och utbildningen till tandvårds- och omsorgspersonalen.
- Tandvårdslagen bör kompletteras så att det framgår att kommunerna också har ett ansvar för att personkretsen erbjuds uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för år 2005 fått regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting göra en uppföljning av landstingens uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) [1] och tandvårdsförordningen (1998:1338) [2]. Uppföljningen skall även avse eventuella könsskillnader på detta område. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2005.

Bakgrund

Genom ändringen av tandvårdslagen och lagen om allmän försäkring (1962:381) [3] reformerades den 1 januari 1999 det statliga stödet till tandvård för vuxna. Ett väsentligt inslag i reformen var att landstingen fick ett utökat ansvar. Landstingen skall bl.a. svara för att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m. samt att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård. Den 1 januari 2004 ändrades tandvårdslagen och tandvårdsförordningen så att personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård begränsades något. Socialstyrelsen utgav i mars 2004 ett Meddelandeblad [4] med vägledning och stöd för landstingens utformning av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Landstingen får bidrag från staten för verksamheten.

Personkretsen

Den uppsökande verksamheten med bedömning av munhälsan skall bedrivas bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) [5] samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) [6], eller
2. får hälso- sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personerna enligt punkterna 1–2 ovan.

För grupperna 1–3 gäller att de skall ha ett varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser. Med omfattande insatser menas personlig omvårdnad under större delen av dygnet. Detta skall gälla oavsett vem som genomför omvårdnaden. Med varaktighet menas ett behov som förväntas kvarstå minst ett år.

Till grupperna 1–3 bör även räknas de personer som, oavsett boendeform, har en psykossjukdom eller annan psykisk störning som varat längre än ett

år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov av tandvård.

Personer som omfattas av LSS har redan bedömts ha omfattande och varaktiga funktionshinder. Någon ytterligare bedömning av dessa personers behov av vård- och omsorgsinsatser skall därför inte ske.

Den som kan få avgiftsfri uppsökande verksamhet kan också få nödvändig tandvård med avgift som för öppen hälso- och sjukvård.

Uppsökande verksamhet

I uppsökande verksamhet ingår

- en bedömning, dvs. en undersökning, av behovet av daglig munvård
- en individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården
- ett tandvårdserbjudande, dvs. en fråga om personen vill ha en fullständig undersökning av sitt tandtillstånd och eventuell erforderlig behandling
- handledning/utbildning av vård- och omsorgspersonal så att denna kan hjälpa dem som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.

Munhälsobedömning skall erbjudas årligen. När tandvårdspersonalen genomför munhälsobedömningen är det viktigt att den person som brukar hjälpa den enskilde med den dagliga munvården finns med för att få information och instruktion om hur munvården lämpligast kan utföras. Bedömningen utförs av legitimerad tandhygienist eller legitimerad tandläkare. I första hand sker den genom besök i det ordinära eller särskilda boendet.

Ansaret för handledning/utbildning ligger på tandvården medan kommunerna, primärvården och psykiatrin ansvarar för att berörd personal ges möjlighet att delta. Målet med handledningen/utbildningen är att omvårdnadspersonalen får kompetens att sköta den dagliga munvården och att de kan tolka symtom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser. De skall också förstå de behandlingsråd och instruktioner som tandvårdspersonalen lämnar.

För genomförande av den uppsökande verksamheten tecknar landstingen avtal eller överenskommelser med vårdgivare inom tandvården.

Nödvändig tandvård

Den nödvändiga tandvården, som avses enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen, har en delvis annan inriktning än den tandvård som ersätts inom den statliga tandvårdsförsäkringen. Den nödvändiga tandvården skall vara kostnadseffektiv, dvs. åtgärda ett behandlingsbehov, som även långsiktigt medför ett godtagbart resultat. Vidare skall behandlingen påtagligt förbättra förmågan att äta eller tala samt medföra väsentligt förhöjd livskvalitet och välbefinnande. Protetiska ersättningar, såsom kronor och broar, bakom den andra kindtanden (premolarerna) räknas inte som nödvändig tandvård.

Den som ingår i personkretsen för uppsökande verksamhet skall också erbjudas nödvändig tandvård. Genomförd munhälsobedömning är inte en för-

utsättning för att en person skall få nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Det är viktigt att personer som har bedömts tillhöra personkretsen får någon form av identifikationshandling, t.ex. ett tandvårdsintyg. En sådan handling behövs för att vårdgivaren skall veta att landstinget betalar den nödvändiga tandvården. Landsting och kommuner kommer överens om vem som har rätt att utfärda intyg. Den enskilde kan fritt välja tandläkare för att utföra den nödvändiga tandvården.

Begrepp och uttryck i rapporten

I rapporten används i fortsättningen landsting och beställare som synonyma begrepp och i begreppet landsting innefattas även Region Skåne, Västra Götaland och Gotlands kommun.

Personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård definieras i tandvårdslagen. Huvudmän för de olika verksamheterna är främst kommunerna men personer som omfattas av landstingens primärvård och psykiatri ingår även i personkretsen. Exempelvis svarar landstingen för hemsjukvården i vissa fall och i andra fall är det kommunerna. För personer i ordinärt boende, där kommunen inte har hemsjukvårdsansvaret, har landstingens primärvård, inklusive psykiatri, hälso- och sjukvårdsansvaret, medan omvårdnadsansvaret är kommunens. För att inte vara alltför svepande i formuleringarna genom att enbart använda begreppen kommuner och landsting, har projektets styrgrupp övervägt och valt att i rapporten använda begreppen kommunerna, primärvården och psykiatri.

Samverkan

För att den uppsökande verksamheten med munhälsobedömning, individuell rådgivning och handledning/utbildning skall bli effektiv och nå så många som möjligt av personkretsen, krävs ett samarbete mellan landstingen, kommunerna, primärvården och psykiatri. Verksamheterna utser ofta en ansvarig person för samverkan med landstinget och tandvårdsutförarna. Denna person ansvarar också för att vård- och omsorgstagare får information om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Den som utsetts att vara ansvarig, identifierar i de flesta fall vilka personer som omfattas av förmåner.

Personalen inom kommunerna, primärvården och psykiatri som har den direkta kontakten med de personer som skall erbjudas uppsökande verksamhet, kan framföra erbjudandet om munhälsobedömning och individuell rådgivning. Om en person accepterar erbjudandet ges besked om detta till den vårdgivare som landstinget avtalat med att svara för den uppsökande verksamheten.

Från omsorgspersonalens sida krävs intresse och engagemang för att ta till sig informationen om de enskilda patienternas behov av daglig munvård och sedan hjälpa och stötta dessa så att munvården verkligen blir utförd. Munvården ingår i den personliga hygien och är en del av den dagliga omvårdnaden.

Tidigare uppföljningar

Socialstyrelsen publicerade år 2001 en rapport [7], baserad på en enkätundersökning, som riktade sig till landstingens beställarenheter, angående bl.a. uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre och funktionshindrade. Den visade att det fanns stora tolkningsproblem om vilka som skulle anses tillhöra personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Det framgick också att samarbetet mellan landsting och kommuner avseende denna verksamhet på många håll var problematiskt. Verksamheten var dock år 2001 fortfarande under uppbyggnad, varför förbättringar kunde förväntas de närmsta åren.

Eftersom det i den nämnda enkäten framkom många oklarheter, beslöt Socialstyrelsen att genomföra en ny enkät kring denna del av det reformerade tandvårdsstödet. Resultatet av den nya enkäten, som publicerades i en rapport år 2003 [8], visade att mycket i verksamheten hade förbättrats men fortfarande kvarstod många problem. Framför allt var det fortfarande svårt att finna former för samarbete/samverkan mellan landsting och kommuner.

För att fördjupa bilden av hur den uppsökande tandvården utvecklade sig, genomförde Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Umeå år 2003 besök i fem kommuner i norra Sverige. I varje kommun arrangerades möten med personal från folktandvården och med representanter från kommunen och landstingets primärvård. Dessutom gjordes besök i kommunala äldreboenden och personal intervjuades. Tillsynen visade att samarbetet mellan tandvård, kommunernas vård och omsorg och landstingets primärvård måste förbättras om ett hållbart system skulle kunna utvecklas.

Landstingsförbundet, numera Sveriges Kommuner och Landsting, har årligen samlat in uppgifter från de olika landstingen avseende utnyttjande och kostnader för reformen. Resultatet redovisas i särskilda rapporter. Metoden för datainsamlingen och utformningen av den årliga rapporteringen har Sveriges Kommuner och Landsting utvecklat i samarbete med Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

Det finns landsting som själva har följt upp hur den uppsökande verksamheten fungerar och vilka resultat som uppnåtts. Uppföljningar som landstingen har genomfört de senaste två åren redovisas med korta sammanfattningar i bilaga 1.

Problembeskrivning

Trots att drygt sex år har gått sedan reformen om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård genomfördes, får Socialstyrelsen signaler om att verksamheten inte fungerar tillfredsställande. Socialstyrelsen uppmärksammas särskilt på problem som tycks vara förknippade med tandvård för psykiskt funktionshindrade. Signaler kommer även om att kommunerna inte uppmärksammar tandvårdsbehov hos nytillkomna personer i kretsen som skulle kunna få avgiftsfri uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård med avgift som för öppen hälso- och sjukvård. På grund av brist på tandläkare i vissa områden, tycks det förekomma att personer som tillhör personkretsen och som tackat ja till erbjudande om nödvändig tandvård, endast erbjuds akuttandvård. På en del håll är det svårt för tandvården att få kom-

munernas personal att genomföra föreslagna munhygieniska åtgärder, möjligen till följd av brister i kommunikation, organisation eller utbildning.

Av statistik från Sveriges Kommuner och Landsting framgår att antalet personer som blivit uppsökta av tandvårdspersonal och fått en munhälsobedömning utförd, har ökat från knappt 33 000 personer år 1999 till nästan 90 000 personer år 2004. Antalet uppsökta år 2004 motsvarar 49 procent av skattat antal individer i personkretsen. Variationerna är stora mellan de olika landstingen. En munhälsobedömning är frivillig och den som erbjuds sådan, kan tacka nej. Ett mål som innebär att alla som ingår i personkretsen skall få munhälsobedömning, kan därför vara svårt att uppnå.

Personer som fått nödvändig tandvård har ökat från drygt 56 000 år 1999 till nästan 98 000 år 2004 vilket motsvarar 54 procent av dem som uppskattas tillhöra personkretsen. Även här är variationerna stora mellan landstingen. Hur stor andel av personkretsen som har behov av nödvändig tandvård, är svårt att förutsäga. Alla vill inte ha eller behöver inte behandling varje år. Det är däremot viktigt att alla som ingår i personkretsen och som har behov av och önskar nödvändig tandvård också får vård.

Utvecklingen av landstingens kostnader för den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården under åren 1999 – 2004 framgår av tabell 1. Variationerna är stora mellan landstingen. Utöver kostnader för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård har landstingen inom reformens ram även kostnader för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid samt för administration, information m.m.

Ekonomi

Tabell 1. Kostnadsutveckling för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åren 1999 – 2004.

Verksamhet	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr
Uppsökande verksamhet	15	51	54	63	62	64
Nödvändig tandvård	109	228	312	348	323	340

Statens preliminära bidrag till landstingen för reformen uppgick till 405 miljoner kronor per år under åren 1999 – 2003. Avdrag hade då gjorts med 80 miljoner kronor per år för de ökade intäkter som landstingen förväntades få på grund av ändrade regler för ersättning från tandvårdsförsäkringen för oralkirurgi från och med år 1999. Enligt förslag i budgetpropositionen 2004 tillfördes landstingen ytterligare 204 miljoner kronor under år 2004 som engångskompensation för de ökade kostnaderna åren 1999 – 2003. Det årliga bidraget på 405 miljoner kronor höjdes därefter med 281 miljoner kronor från och med år 2004 och med ytterligare 30 miljoner kronor från och med år 2005.

Följande tabell visar kostnadsutvecklingen inom landstingen för reformen som helhet åren 1999 – 2004. Dessutom visas statsbidragets storlek under dessa år, landstingens beräknade intäkter för oralkirurgi samt landstingens nettokostnader för reformen.

Tabell 2. Landstingens kostnader för tandvårdsreformen samt statsbidraget åren 1999 – 2004.

Verksamhet	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr
Bruttokostnader	193	433	580	654	630	639
Statsbidrag	-405	-405	-405	-405	-405	-890
Intäkter för oralkirurgi	-80	-80	-80	-80	-80	-80
Nettokostnader	-292	-52	95	169	145	-331

Vid utgången av år 2004 översteg de under åren samlade statsbidragen samt de beräknade intäkterna för oralkirurgi landstingens samlade kostnader för reformen med ca 266 miljoner kronor.

Former för att bedriva uppsökande verksamhet

Sedan reformstarten år 1999 har landstingen successivt upphandlat den uppsökande verksamheten enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) [9]. Det är vanligt att både offentliga och privata vårdgivare medverkar i den uppsökande verksamheten och intresset för verksamheten har ökat de senaste åren. Allt fler privata vårdgivare lämnar anbud och tecknar avtal med landstingen. Ofta är det tandhygienister som svarar för hela verksamheten eller stora delar av den. Några av vårdgivarna har den uppsökande verksamheten som sin huvudsakliga uppgift. Ett stort privat företag har tecknat avtal med flera landsting och verksamheten är etablerad i stora delar av landet. Det finns också landsting som inte har några avtal alls med privata vårdgivare utan gjort överenskommelser med folktandvården för hela verksamheten.

I Hässleholms kommun i Region Skåne pågår sedan september 2004 ett projekt som syftar till att pröva nya former för att bedriva uppsökande verksamhet. Två tandhygienister projektanställdes i kommunen med finansiering genom tandvårdsnämnden i Region Skåne. Tandhygienisterna har varit placerade inom omsorgsförvaltningen och verksamhetschefen har varit arbetsledare. Enligt en lägesrapport från augusti 2005 framgår det att vid en preliminär jämförelse med tidigare upphandlad uppsökande verksamhet på särskilda boende för äldre, har fler än tidigare nu tackat ja till att få en munhalsbedömning. Andelen som nu tackar ja är 94 procent jämfört med 66 procent året innan. Projektet skall pågå t.o.m. år 2006.

Metod och genomförande

Uppföljningen av den uppsökande verksamheten samt den nödvändiga tandvården genomfördes med webbaserade e-postenkäter till samtliga landstings beställare av tandvård och till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Innan enkätfrågorna fastställdes, skickades provenkäter till två beställare och till tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Underlagen till de webbaserade e-postenkäterna finns med som bilagorna 2 och 3 till rapporten.

På en konferens anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen fick beställarna ta del av preliminära resultat från de båda enkäterna och i grupparbeten diskutera några av frågorna.

Kompletterande telefonintervjuer har också genomförts med beställare i sex landsting.

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

Enkät till landstingens beställare

Samtliga landstings beställare av tandvård fick en enkät med sammanlagt 27 frågor. De landsting som inte hade svarat när tiden hade gått ut, fick en påminnelse via telefon.

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

Från Västra Götalandsregionen har fyra olika personer svarat, på grund av att ansvaret för tandvården där är uppdelat på flera regionala beställarnämnder. Projektledaren har sammanställt svaren från de fyra beställarnämnderna till ett gemensamt svar för hela regionen.

Enkät till medicinskt ansvariga sjuksköterskor

I kommunernas hälso- och sjukvård skall det finnas en sjuksköterska som har det medicinska ansvaret. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har bl.a. ansvar för kvalitet och säkerhet i den verksamhet som en kommun bedriver enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ofta är det den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som bl.a. utsetts av kommunen att vara kontaktperson till landstingen avseende uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård samt att definiera personkretsen. Därför valdes denna yrkesgrupp att få en enkät med frågor bl.a. om hur de ser på samarbetet med landstingen och hur de tycker att den uppsökande verksamheten fungerar. I följbrevet till enkäten framfördes att det i första hand var deras personliga uppfattning som medicinskt ansvariga sjuksköterskor som var intressant, men att de gärna fick rådgöra med andra i kommunen om de ansåg att de behövde det.

Totalt 318 medicinskt ansvariga sjuksköterskor i landet fick enkäten med sammanlagt 17 frågor. En påminnelse gick ut efter två veckor till dem som inte svarat. Ambitionen var att samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor skulle få enkät. De som fick enkäten fanns upptagna i en knappt ett år gammal förteckning inom Socialstyrelsen. Någon senare version än denna fanns inte. Förteckningen uppdaterades emellertid till viss del innan enkäterna skickades ut. Det finns ingen säker uppgift om hur många medicinskt ansvariga sjuksköterskor det finns totalt i landet. Antalet uppskattas dock till ca 330.

Även i denna enkät fanns frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor för svar med fri text. Många medicinskt ansvariga sjuksköterskor har dessutom utnyttjat möjligheten att ge kommentarer till frågorna. Kommentarna har också vägts in i resultatredovisningen.

Beställarkonferens

I oktober 2005 anordnade Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med Socialstyrelsen en konferens för landstingens beställare. Preliminära resultat från enkätstudien presenterades och i olika grupparbeten fick beställarna diskutera och ge förslag på förbättringsåtgärder. Grupparbetena under beställarkonferensen var en del i utvärderingsprocessen och resultaten har vägts in i resultatredovisningen. Grupparbetsfrågorna finns i bilaga 4.

Telefonintervjuer

Telefonintervjuer genomfördes med sex landstings beställare. Syftet med intervjuerna var att försöka ta reda på orsakerna till varför en del landsting lyckas bättre än andra med att erbjuda och genomföra uppsökande verksamhet. Tre av de landsting som intervjuades hade en påtagligt hög andel utförda munhälsobedömningar inom personkretsen år 2004 medan de andra tre landstingen låg under, lika med eller strax över genomsnittet för samtliga landsting. De landsting som intervjuats varierar i storlek och representerar mindre landsting, medelstora landsting samt en storstadsregion. Landstingen har en geografisk spridning över landet. Den fråga som ställdes till beställarna var ”varför har det gått så bra för er – vad är de främsta orsakerna, tror ni” eller ”varför har ni inte lyckats bättre – vad är de främsta orsakerna, tror ni ”?

Svarsfrekvens och bortfall

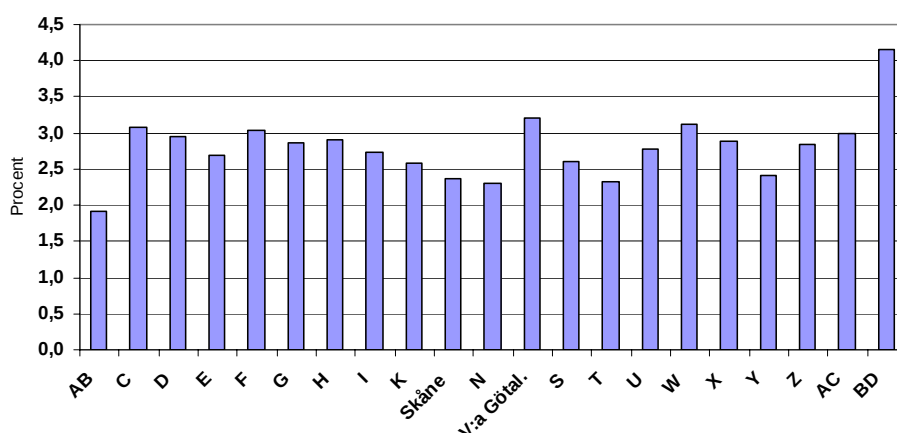
Samtliga landstings beställare besvarade enkäten. På de enskilda frågorna finns inget internt bortfall, dvs. samtliga frågor i enkäten har besvarats.

De 318 medicinskt ansvariga sjuksköterskor som fick enkät täckte därigenom 301 av landets 336 kommuner/kommundelar, motsvarande 90 procent av samtliga kommuner/kommundelar. De 35 kommuner/kommundelar som utgör bortfallet anses inte påverka resultatet för hela riket. Några kommuner/kommundelar fick flera enkäter då förteckningen över medicinskt ansvariga sjuksköterskor i vissa fall innehöll uppgifter om fler än en per kommun/kommundel. Av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som fick enkäten, svarade 245 på minst en fråga, vilket motsvarar 77 procent. Från de 301 kommuner/kommundelar som fick enkäten svarade 240 medicinskt ansvariga sjuksköterskor på minst en fråga, vilket motsvarar 80 procent. Svarsfrekvensen för varje enskild fråga varierar mellan 68–80 procent. Ett par frågor har dock lägre svarsfrekvens. Svaren på dessa frågor har främst ett kvalitativt värde för uppföljningen, t.ex. fråga 13 som är en öppen fråga. ”På vilket sätt kan samverkan/samarbetet förbättras med landstinget?” Svarsfrekvensen på denna fråga är 36 procent.

Resultatredovisning

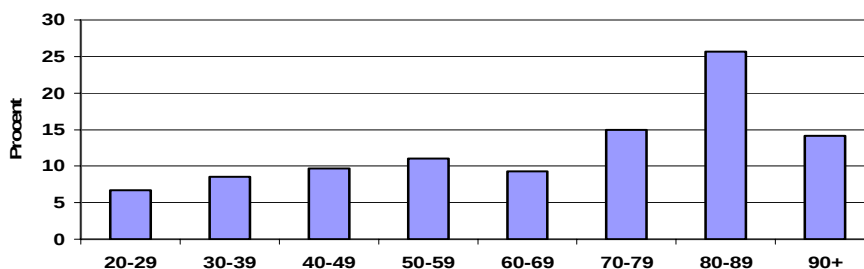
Personkretsen

Landstingen redovisar årligen till Sveriges Kommuner och Landsting sina skattningar av hur många personer som tillhör personkretsen som skall erbjudas uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Under år 2004 uppgavs kretsen bestå av 182 600 personer, motsvarande 2,7 procent av antalet bosatta 20 år och äldre. Medianvärdet är 2,8 procent. Skillnaderna i skattningarna varierar mellan landstingen vilket framgår av figur 1.



Figur 1. Personkretsens andel av antal bosatta 20 år och äldre år 2004.

I enkäten till landstingens *beställare* svarade sex landsting att de kan redovisa könsfördelningen inom personkretsen. Andelen kvinnor var 61 procent och andelen män 39 procent. Åldersfördelningen inom personkretsen kan bedömas med utgångspunkt från landstingens redovisningar till Sveriges Kommuner och Landsting av den nödvändiga tandvården. Den framgår av figur 2.



Figur 2. Åldersfördelningen bland dem som fått nödvändig tandvård år 2004.

När landstingen skattar hur stor personkretsen är hämtar de uppgifter från olika befattningshavare i kommunerna, primärvården och psykiatrin. I enkäten till *beställarna* svarade 14 landsting att man tar hjälp av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och LSS-handläggare. Tolv landsting svarade att man tar hjälp av biståndsbedömare och drygt hälften svarade att enhetschefer lämnar uppgifter. Knappt hälften av landstingen svarade att beställarna dessutom gör egna skattningar. I åtta landsting lämnar distriktssköterskor uppgifter och i sex landsting psykiatrihandläggare. Två landsting har nämnt läkare, kuratorer och psykologer som uppgiftslämnare.

Nio landsting skattar personkretsens storlek varje år, medan tolv landsting uppger att de inte gör det årligen. Tabell 3 visar vilket år den senaste skattningen gjordes bland de landsting som svarade att de inte gör skattningarna årligen.

Tabell 3. Den senaste skattningen av personkretsens storlek bland de landsting som inte skattar årligen.

År	Antal landsting
2000	1
2001	2
2002	2
2003	2
2004	5
Totalt	12

Landstingen fick också frågan om det finns system för att kontinuerligt fånga upp nytillkomna i personkretsen under löpande år. Sjutton landsting svarade ja och fyra svarade nej på frågan. Landstingen fick också möjlighet att beskriva systemen.

Kontinuerlig identifiering av nytillkomna görs ofta av kommunernas personal. I flera landsting utfärdar dessa ett tandvårdsintyg för nödvändig tandvård samtidigt med att en person identifieras tillhöra personkretsen. De personer som identifierar och utfärdar intyg har i allmänhet fått utbildning av landstinget för att göra detta.

Ett landsting har i kommentarerna lämnat följande synpunkt. Många personer som tillhör personkretsen kan inte själva bevaka sina "rättigheter". Därför behövs en nationell informationskampanj om tandvårdsreformen som vänder sig till berörda intresseorganisationer och allmänheten. Om kunskap om reformen sprids till anhöriga, vänner och bekanta, kan dessa personer hjälpa till att bevaka detta område åt dem som inte själva förmår att göra det.

På landstingens *beställarkonferens* fick en grupp i uppgift att ge förslag på hur årliga skattningar av personkretsen kan göras på ett bra sätt. I uppgiften ingick också att ge förslag på hur nytillkomna personer i personkretsen kan fångas upp under löpande år samt hur rutinerna kan kvalitetssäkras.

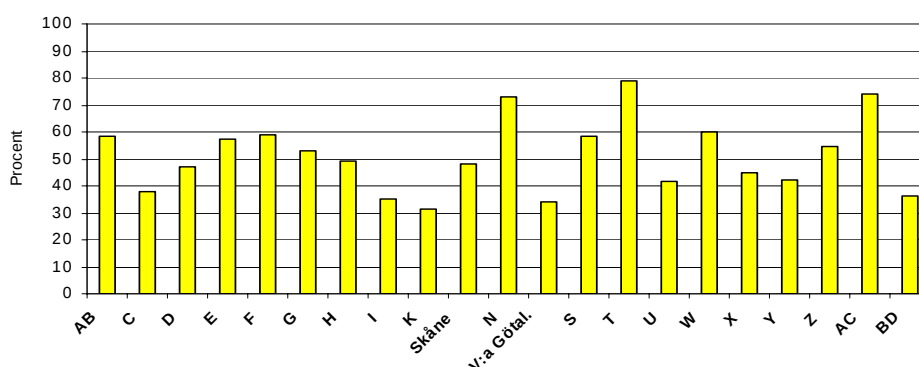
- Skattningarna måste göras årligen för att förfrågningsunderlagen skall bli riktiga och för att effektiviteten i systemet skall kunna mätas.
- Biståndshandläggare och distriktssköterskor kan lämna uppgifter om personer i ordinärt boende.

- Bra kontaktvägar för att nå personer med psykiska funktionshinder kan vara brukarråd, anhörigföreningar, kontaktpersoner inom psykiatri, verksamhetschefer, gode män m.fl. Om det finns socialpsykiatri finns det biståndshandläggare som kan lämna uppgifter. Stadsmissionen kan identifiera personer bland hemlösa.
- För att kvalitetssäkra tillvägagångssätten kan landstingen bilda nätverk för tandvårdsfrågor som träffas regelbundet.
- Utfallet av de årliga skattningarna kan jämföras med andra kommuners och andra landstings resultat.

Uppsökande verksamhet

Antal uppsökta

Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting fick närmare 90 000 personer uppsökande verksamhet med munhälsobedömning år 2004, vilket motsvarar 49 procent av skattat antal personer i personkretsen. Variationerna mellan landstingen framgår av figur 3.



Figur 3. Andel uppsökta år 2004 av personkretsen.

I *beställarenkäten* fick landstingen lämna uppgifter om antalet personer som fått munhälsobedömning år 2004, fördelat på vårdgivare. Offentliga vårdgivare svarade för drygt 70 procent och privata vårdgivare svarade för knappt 30 procent.

Vid *beställarkonferensen* fick landstingen i ett grupparbete uppgiften att ge konkreta förslag på hur fler individer i personkretsen skall kunna bli uppsökta och få en munhälsobedömning. De förslag som framkom var följande.

- Personer med psykiska funktionshinder är svårast att nå. Här måste landstingen få hjälp med att identifiera personerna via anhörigföreningar, gode män, förvaltare, kontaktpersoner m.fl. Det gäller att skapa goda kontakter och förtroende för tandvården.
- Primärvården som helhet arbetar inte mot de grupper som landstingen har ansvar för när det gäller uppsökande verksamhet och nödvändig

tandvård. Därför är det inte realistiskt att informera hela primärvården om denna verksamhet, utan informationen bör istället inriktas på personalen inom hemsjukvården. Hur hemsjukvården är organiserad kan skilja mellan olika huvudmannaområden.

- Det finns en målkonflikt för dem som omfattas av LSS och bland de psykiskt sjuka. Dessa skall förmås att sköta sig själva och vi vill söka upp dem i hemmen. Ofta vill de inte släppa in främlingar där. En möjlighet kan då vara att istället erbjuda munhälsobedömning på tandvårdskliniken.
- Endast patientgrupper, där andra sköter den dagliga munvården, bör få erbjudande om uppsökande verksamhet.
- Det går för mycket slentrian i den uppsökande verksamheten. Alla erbjuds samma modell. Modellen skall kanske differentieras beroende på målgruppen.
- Benämningen tandvårdsreformen gör att kommunerna inte känner att de har något ansvar. En bättre benämning skulle kunna vara omvårdnadsreformen.

Telefonintervjuer genomfördes med sex landstings *beställare*. De tre landsting som hade bäst resultat fick frågan om de kunde förklara varför det hade gått så bra för dem. Av svaren framkom att de har goda kontakter med vård- och omsorgsansvariga i kommunerna. De träffar dessa personer regelbundet för information och återrapportering. Folktandvården dominerar som utförare i samtliga dessa landsting. I ett av landstingen finns även två privata utförare och i ett annat finns tre privata utförare. Konkurrensen mellan offentliga och privata utförare är bra för verksamheten, svarade en av beställarna. Landstingen har goda kontakter med utförarna och träffar dem regelbundet för information och utvärdering. Utbildning och temadagar anordnas, framförallt i ett av de tre landstingen. Landstingen har ställt tydliga krav och förväntningar på dem som utför den uppsökande verksamheten.

De tre landsting, som inte lyckats lika bra, fick fundera över vad orsakerna kunde vara. Dessutom fick de ge förslag på hur verksamheten skulle kunna bli bättre. Av svaren framkom att de tycker att det är svårt att hitta nyckelpersoner i kommunerna. De anser att den uppsökande verksamheten inte prioriteras av kommunerna. Det är svårt att få tillräckligt engagemang och gensvar. Det är svårt att definiera personkretsen i ordinärt boende och det finns samordningsproblem när tandvårdspersonalen skall utföra munhälsobedömningarna. Många i ordinärt boende tackar dessutom nej för att de inte vill ha besök i hemmet. Vi borde kanske vara mer aktiva själva med att ta kontakt, bygga nätverk och återrapportera till kommunerna, säger ett av landstingen. I ett av landstingen har folktandvården varit ensam utförare av uppsökande verksamhet och i de andra två landstingen har både folktandvården och privata utförare medverkat. Utförarna gör det som går fort och lätt – allt därutöver är olönsamt för dem, framför två av landstingen.

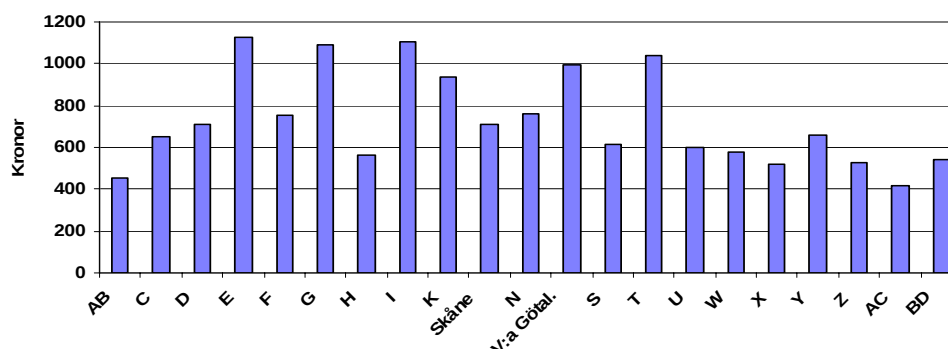
Det tycks också vara svårt när en huvudman, landstinget, upphandlar en verksamhet som skall bedrivas hos en annan huvudman, kommunen. Det vore bättre om kommunerna fick både ansvaret och pengarna. Då kan de

upphandla verksamheten själva, anser ett av landstingen. Ett annat landsting tycker det skulle vara bra om det fanns en samordnare i varje kommun som tar ett helhetsansvar för den uppsökande verksamheten. Samordnaren skall ha både ansvar och befogenheter inom kommunen. Fler ekonomiska incitament i avtalen och mer kreativitet i upphandlingarna föreslås.

Kostnader

Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting uppgick den totala kostnaden för den uppsökande verksamheten till ca 64 miljoner kronor år 2004.

Kostnaden per uppsökt person var i genomsnitt 712 kronor år 2004. I beloppet inräknas kostnaden för handledning/utbildning av omvårdnadspersonalen m.fl. Variationerna mellan landstingen framgår av figur 4.



Figur 4. Landstingens kostnad per uppsökt år 2004.

Av svaren på enkäten till *beställarna* framgår hur landstingens kostnader fördelade sig mellan vårdgivarna år 2004. Offentliga vårdgivare svarade för nästan 73 procent av kostnaderna och privata vårdgivare för drygt 27 procent.

Upphandlingar

Samtliga 21 *beställare* svarade i enkäten att de har upphandlat tandvårdstjänster år 2004 för uppsökande verksamhet för den del av personkretsen som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för. Tjugo landsting svarade att de dessutom upphandlat tjänster för dem som får hälso- och sjukvård i hemmet. För dem som omfattas av LSS har tjugo landsting upphandlat den uppsökande verksamheten. Ett landsting svarade "delvis" vilket innebär att personer som bor i särskilt boende omfattats av upphandlingen men inte personer som bor i ordinärt boende. För dem som är bosatta i egen bostad och har ett varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser, uppgav nitton landsting att de upphandlat tjänster. Personer som sköts av anhöriga omfattades inte av upphandling i två landsting.

Munhälsobedömning

Erbjudande

Enligt enkätsvaren från elva landstings *beställare*, har knappt elva procent av dem som fått ett erbjudande om att få en munhälsobedömning aktivt tackat nej. Landstingen fick svara på frågan vilka de troligaste orsakerna är till varför man tackar nej till erbjudandet. Nitton landsting besvarade frågan och de vanligaste svaren har här rangordnats.

- Går regelbundet till tandvården, särskilt LSS-kretsen
- Har inte förstått vad en munhälsobedömning innebär, t.ex. på grund av bristande information/motivation, ålder, demens eller sjukdom
- Orkar inte av olika anledningar, t.ex. ålder, demens eller sjukdom.
- Vill inte. Det gäller ofta personer i ordinärt boende som av integritets-skäl inte vill ha besök i hemmet.

De *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* fick svara på samma fråga i sin enkät och de vanligaste svaren har även här rangordnats. Sammanlagt svarade 226 medicinskt ansvariga sjuksköterskor på frågan.

- Går regelbundet till tandvården.
- Har av olika skäl inte förstått vad en munhälsobedömning innebär, t.ex. på grund av bristande information/motivation, ålder, demens eller sjukdom.
- Har inga problem med tänderna, har ingen tradition att besöka tandvården eller är rädd för tandvården.
- Orkar inte av olika anledningar, t.ex. ålder, demens eller sjukdom.

Det finns medicinskt ansvariga sjuksköterskor som också nämner integritetsskäl som orsak till varför man tackar nej till en munhälsobedömning. Främst tackar de som bor i ordinärt boende nej. Personer med psykiska funktionshinder kan uppleva att det är svårt med nya kontakter och tackar nej av det skälet. Rädsla för eventuella kostnader kan också vara en orsak. Flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor svarar att de inte har uppfattningen att man tackar nej till erbjudandet – åtminstone inte i särskilt boende.

Positiva erfarenheter

Beställarna fick i enkäten besvara frågan vilka de mest positiva erfarenheterna är med uppsökande verksamhet. Samtliga landsting besvarade frågan och de vanligaste svaren har rangordnats.

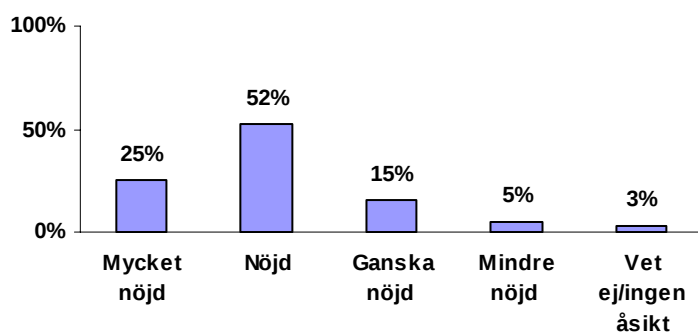
- De boende har fått bättre munvård/munhygien.
- Fler får hjälp med daglig munvård.
- Behovet av nödvändig tandvård upptäcks och fler än tidigare får hjälp att komma till tandvården.
- Utbildning/handledning har gett omvårdnadspersonalen m.fl. ökad kompetens och förståelse för munvårdens betydelse.

- Fler har fått bättre tand-/munhälsa.

Samma fråga om positiva erfarenheter ställdes i enkäten till de *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna*. De vanligaste svaren bland de 217 som besvarade frågan har rangordnats.

- Personalen har fått utbildning, bättre kunskaper och förståelse för munvården/munhälsan.
- Många har fått bättre mun-/tandhälsa, bättre livskvalitet och bättre nutrition.
- Omvårdnadspersonalen får stöd och hjälp av tandvårdspersonalen.
- Verksamheten sker på plats – inga resor – sparar tid.
- Problem med mun och tänder fångas upp i tid.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna fick en fråga om hur nöjda de är med den uppsökande verksamhet som landstingen erbjuder. Sammanlagt 77 procent av de 245 medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som svarade på frågan valde alternativen mycket nöjd eller nöjd. Resultatet för samtliga svarsalternativ redovisas i figur 5.



Figur 5. Hur nöjda är de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna med den uppsökande verksamheten som landstingen erbjuder?

Några av de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas kommentarer till frågan är att det fungerar mycket bra i kommunen både med tandhygienisten och med beställarenheten för tandvården. Informationen från tandvården ges både per brev och muntligt. Det sker kontinuerligt och det är lätt att få tag på berörda personer.

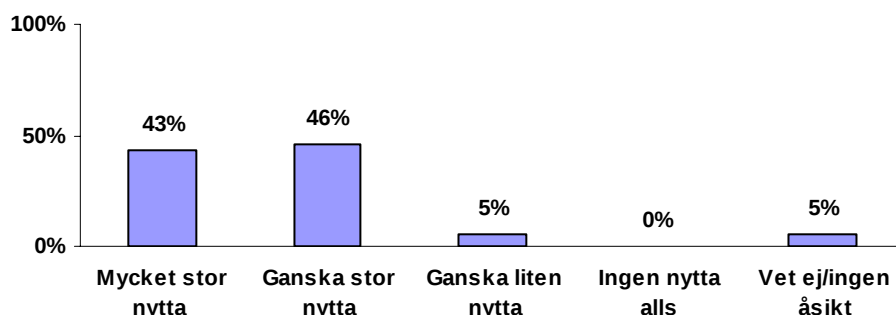
I en kommun har man anställt två tandhygienister för att genomföra den uppsökande verksamheten och det fungerar ”alldeles ypperligt bra”, anser en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Tandstatusen har förbättrats åtskilligt. Även kunskapen kring munhygienens betydelse hos vårdtagare/patienter har ökat hos personalen.

Landstinget som vårdgivare har jag inget emot, svarar en medicinskt ansvarig sjuksköterska, men de företag som ansvarar för utförandet av uppsö-

kande verksamhet har inte skött uppdraget så bra. Det är rörigt med olika utförare i olika tidsperioder anser en annan.

På särskilt boende fungerar det bra. Sämre i ordinärt boende, då den uppsökande verksamheten bygger på att hemtjänstpersonalen följer med tandvården till patienter i hemmet. Därför är det viktigt att samordna hembesöken. Ytterligare kommentarer är att det fungerar bra inom äldreomsorgen men mindre bra inom psykiatri och för fysiskt funktionshindrade.

På frågan om vilken nytta de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna anser att den uppsökande verksamheten haft för munhälsan, svarade 43 procent att den haft mycket stor nytta. Ganska stor nytta, svarade 46 procent. Totalt svarade 238 medicinskt ansvariga sjuksköterskor på frågan och resultatet redovisas i figur 6.



Figur 6. Medicinskt ansvariga sjuksköterskors uppfattning om vilken nytta den uppsökande verksamheten haft för munhälsan.

I kommentarerna till frågan framkommer följande. Det blir fokus på munvården och det är viktigt. Personalen får utbildning och samtidigt framkommer det hur viktig munvården är för nutritionen. Den handledande rollen gentemot vårdpersonalen är mycket viktig, då det i allmänhet är dessa personer som biträder den enskilde med munvården. Nyttan av munhälsobedömningen är större när det gäller vården av äldre än yngre funktionshindrade. Personer med utvecklingsstörning, som bor i omsorgsboende, har redan regelbunden kontakt med tandvården. Där upplevs nyttan vara ganska liten.

Negativa erfarenheter

Beställarna fick i enkäten svara på frågan vilka de mest negativa erfarenheterna var av uppsökande verksamhet. Samtliga landsting utom två besvarade frågan. De vanligaste svaren har rangordnats.

- Det är svårt med delat ansvar mellan landsting och kommuner. Samverkan/samarbetet fungerar inte tillräckligt bra för att t.ex. nå ut med information, att få uppgifter om personkretsen och för att få engagemang för frågorna från ansvariga i kommunen.
- Det är svårt att få med omvårdnadspersonalen på handledning/utbildning och att medverka vid munhälsobedömningarna.

- Särskilt svårt är det att nå ut med uppsökande verksamhet till dem som bor i ordinärt boende. Det kan bl.a. bero på samordningssvårigheter med hemtjänst-/hemvårdspersonalen och på integritetsskäl.
- Reformen är fortfarande relativt okänd i samhället.

Samma fråga om negativa erfarenheter ställdes i enkäten till de *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* och 197 svarade på frågan. Även här har de vanligaste svaren rangordnats.

- Tidskrävande administration, t.ex. att erbjuda munhälsobedömning, utfärda intyg för nödvändig tandvård, samordna tider för besök etc.
- Det är svårt att få det att fungera för dem som bor i ordinärt boende och det är svårt att identifiera alla som hör till personkretsen.
- Tandvårdspersonalen har för bråttom, utbildningen känns ibland tjugig, helhetsperspektiv saknas och tandvårdspersonalen behöver mer kunskaper om bemötande av personer med demenssjukdom och psykiskt och fysiskt funktionshindrade personer.
- Har inga negativa erfarenheter av uppsökande verksamhet.

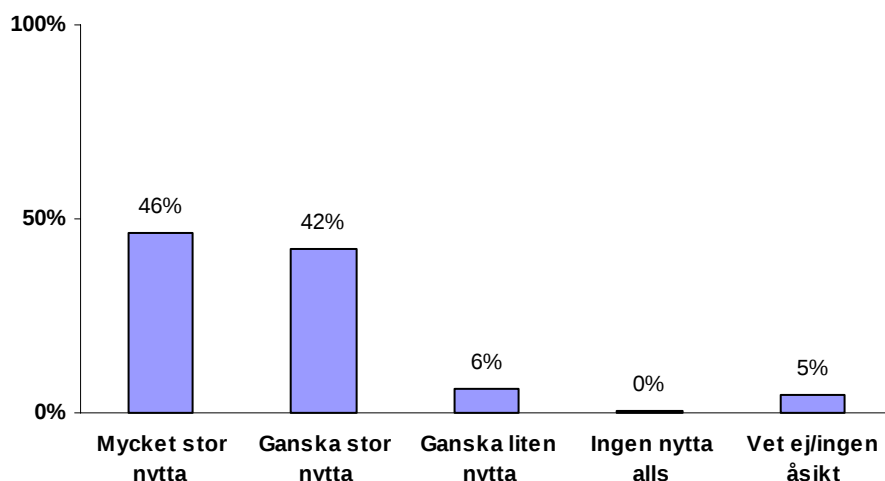
Individuella vårdplaner

De *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* fick en fråga om behovet av daglig munvård finns med i de individuella vårdplaner som upprättas. Av svaren framkommer att frågan inte har ställts på ett entydigt sätt i enkäten. Det är därför svårt att dra några egentliga slutsatser. Frågan har därför lyfts bort ur resultatredovisningen.

Munvårdsutbildning

Inom den uppsökande verksamheten utför tandhygienister både munhälsobedömning och handledning/utbildning av omvårdnadspersonalen, svarade samtliga 21 *beställare* i enkäten. I 16 landsting utför också tandläkare munhälsobedömningar och i 13 landsting ger dessa även utbildning/handledning. Fem landsting anlitar tandsköterskor för handledning/utbildning.

De *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* besvarade i enkäten frågan vilken betydelse munvårdsutbildningen har haft för omvårdnadspersonalen. Mycket stor nytta svarade 46 procent och ganska stor nytta svarade 42 procent. Resultatet redovisas i figur 7. Antalet svarande var 239.



Figur 7. Medicinskt ansvariga sjuksköterskors uppfattning om vilken betydelse munvårdsutbildningen har haft för omvårdnadspersonalen.

I kommentarerna till frågan framhölls bl.a. att munhälsan idag fått en större betydelse i den basala omvårdnaden och att det har skett en klar kunskapsutveckling hos personalen. När tiden räckt till för både omvårdnadspersonalen och tandvårdspersonalen har utbildningen varit bra, svarade en medicinskt ansvarig sjuksköterska, medan flera andra hade uppfattningen att utbildningen upplevs som bra till att börja med, men sedan handlar det mest om upprepningar.

Det handlar om hur man organiserar utbildningen, svarade någon. I de flesta fall är inte sjuksköterskan med, utan bara övrig omvårdnadspersonal. En av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna påpekar att det sällan är någon verksamhetschef med vid utbildningstillfällena, vilket medför att ingen organiserar arbetet utifrån den utbildning som ges.

Tandvårdspersonalens kunskap och kompetens

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna besvarade i enkäten frågan om de anser att tandvårdspersonalen har tillräckliga kunskaper om äldre för att kunna genomföra uppsökande verksamhet. Samma fråga ställdes avseende kunskaper om funktionshindrade.

Att tandvårdspersonalen har tillräckliga kunskaper om äldre, ansåg 92 procent av de 238 medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som besvarade frågan och 79 procent av 215 medicinskt ansvariga sjuksköterskor ansåg att kunskaperna är tillräckliga om funktionshindrade.

Även här gavs möjlighet att kommentera frågorna. Kommentarererna var bl.a. att det ibland saknas respekt för integritet och självbestämmande. Tandvårdspersonalen har dåliga kunskaper om socialtjänstlagen och att man i kommunen arbetar under flera lagar, förutom socialtjänstlagen även hälso- och sjukvårdslagen och LSS. Tandvårdspersonalen har otillräckliga kunskaper om dementa patienter och om hur dessas beteende kan förändras. En medicinskt ansvarig sjuksköterska anser att tandvårdspersonalen har tillräckliga kunskaper om munnen och tänderna men inte om olika handikapp

som förekommer hos de boende. Det är därför viktigt att närstående eller personal är med då tandvården gör besök hos de boende. Omvårdnadspersonalen är med och bistår och tandhygienisten är ödmjuk och lyhörd för vårdtagarens behov, kommenterar en annan av sköterskorna. Det finns inte något i kravspecifikationen som anger att tandvårdspersonalen skall ha specifika kunskaper om äldre eller funktionshindrade, påpekade en sköterska.

Vid *beställarkonferensen* fick samtliga fem grupper en gemensam fråga: Ställer beställarna för låga krav på tandvårdspersonalens kunskaper och kompetens för att genomföra uppsökande verksamhet? Följande synpunkter lämnades.

- Personal från kommunerna skall vara med vid munhälsobedömningarna för att ge information om den person som blir uppsökt och för att ta emot råd och instruktioner från tandvårdspersonalen. Tandvårdspersonalen skall inte arbeta självständigt vid dessa tillfällen.
- Beställarna bör initiera, finansiera och stötta utbildningar och temadagar kring bemötande av dementa, funktionshindrade och psykiskt sjuka m.fl. för den tandvårdspersonal som genomför den uppsökande verksamheten. Omvårdnadspersonal bör delta i förberedelser och genomförande av dessa aktiviteter.
- Grundutbildningarna för tandvårdspersonal bör utökas med äldretandvård och beteendevetenskap.
- Grundutbildningarna för vårdpersonal, särskilt för undersköterskor och distriktssköterskor, bör innehålla mer om munvård.
- Bredda kontaktytorna. Tandvårdspersonalen kan t.ex. delta i den ordinarie verksamheten på boendeenheterna under en hel dag.
- Omvårdnadspersonalen, biståndshandläggarna m.fl. måste få mer kunskaper om vad tandvårdsstödet innebär.

Uppföljning av uppsökande verksamhet

I enkäten till *beställarna* svarade åtta av tjuguet landsting att de har genomfört uppföljningar och utvärderingar de senaste två åren, som visar nyttan med den uppsökande verksamheten. I bilaga 1 redovisas korta sammanfattningar av dessa uppföljningar.

De *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* fick i enkäten frågan om kommunerna själva genomför uppföljningar för att kvalitetssäkra arbetet med munvården. Av de 230 medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som besvarade frågan, svarade 51, vilket motsvarar 22 procent, att de gör sådana uppföljningar. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna ombads att beskriva hur de genomför uppföljningarna. Uppföljning av omvårdnadsdokumentation enligt patientjournalagen sker av MAS årligen, svarade en. I dokumentationen skall framgå vilken status munhälsan har.

Jag har infört det nu som en delfråga i MAS granskning av kvalitet och säkerhet men jag vet inte hur man har följt upp detta tidigare, svarade en annan av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna. Det kommer att tas med som kvalitetsindikator i kommande kvalitetsmätningar, svarade en annan. Tre av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna gav följande kommentarer. Vi får sammanställningar från tandvården som jag kan reagera på om något

verkar konstigt. Tandhygienisterna genomför uppföljningar och utvärderingar fortlöpande. Landstinget har fått pengar för detta – alltså bör de själva kvalitetssäkra verksamheten, svarade en.

Under *beställarkonferensen* fick landstingen i ett grupparbete diskutera hur uppföljningar av den uppsökande verksamheten kan genomföras, vad som skall ingå och hur ofta de skall genomföras. Följande synpunkter gavs.

- Ring och fråga boendeenheterna hur det fungerar.
- Enkäter till tandvårdspersonal, kommuner, boendeenheter, patienter m.fl.
- Ställ krav på tandvårdspersonalen att genomföra egna uppföljningar och att visa resultatet.
- Analysera årsrapporten från Sveriges Kommuner och Landsting och vidta eventuella åtgärder.
- Samla epidemiologiska uppgifter när munhälsobedömningarna genomförs.
- Inför krav på löpande avvikelserapportering i avtalen med leverantörerna.
- Det går att följa upp om den uppsökande verksamheten har lett till mindre vårdinsatser. Ett landsting har gjort detta.
- Prioritera uppföljning av verksamheten. WHO har angett att ca tio procent av vårdverksamheten bör ägnas åt uppföljning och utvärdering.
- Inför krav på att lämna en verksamhetsberättelse varje år i avtalen med leverantörerna.
- Träffa leverantörerna regelbundet för avtalsuppföljning.
- Tänk på att återrapportera till kommunerna m.fl. om verksamheten och om resultaten.

Återrapportering av uppsökande verksamhet

Av enkätsvaren från *beställarna* framkom att landstingen i flera fall inte återrapporterar till kommunerna, primärvården eller psykiatrin hur den uppsökande verksamheten fungerar och vilka resultat som uppnåtts. Svaren redovisas i tabell 4. Alla landsting besvarade frågan.

Tabell 4. Landstingens svar på frågan om de återrapporterar till kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården hur den uppsökande verksamheten fungerar och vilka resultat som uppnåtts.

Verksamhet	Ja	Nej
Äldreomsorgen, särskilt boende	12	9
Äldreomsorgen, ordinärt boende	10	11
Handikappomsorgen, LSS, särskilt boende	11	10
Handikappomsorgen, LSS, ordinärt boende	9	12
Psykiatrin	5	16
Primärvården	3	18

När återrapporteringar görs, sker det huvudsakligen vid årliga möten med särskilt utsedda kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Ofta är det medicinskt ansvariga sjuksköterskor som är kontaktpersoner i kommunerna. Det finns landsting som träffar sina s.k. intygsutfärdare och lämnar årlig information till dem.

Ett landsting återrapporterar skriftligen varje år till alla ansvariga för kommunernas omsorg, ca 200 personer. Dessa får en A4-sida var med uppgifter om sin egen enhet. Samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor får årligen en skriftlig information om resultatet för aktuell kommun och för länet som helhet. Socialcheferna får en årsrapport som mer detaljerat visar resultatet av den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården.

De *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* fick också i enkäten besvara frågan om landstinget återrapporterar till kommunen hur den uppsökande verksamheten fungerar. Sammanlagt 221 medicinskt ansvariga sjuksköterskor svarade på frågan och 128 av dem svarade ja, vilket är 58 procent.

När de fick möjlighet att beskriva hur återrapporteringen går till, gav de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna mycket varierande svar, allt från vet ej, till möten, skriftliga rapporter, statistik, nyhetsbrev m.m. Det är inte ovanligt att återrapporteringen beskrivs som den information man får av tandvårdspersonalen när munhälsobedömningen har utförts och anvisningar har getts om hur den individuella munvården skall skötas. Mycket mer finns att göra på detta område, kommenterade en av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna.

Epidemiologiska uppgifter

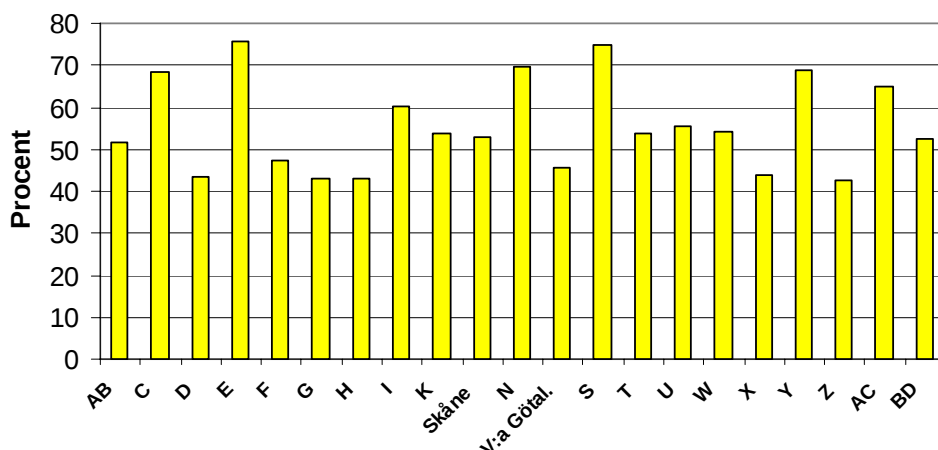
I enkäten till *beställarna* ställdes frågan om landstingen, enligt en tidigare överenskommelse, från och med år 2005 samlar in epidemiologiska uppgifter enligt de mått som tagits fram av en grupp inom landstingens beställarnätverk för tandvårdsfrågor. Tretton landsting svarade att de hade påbörjat insamlingen.

Meningen är att den tandvårdspersonal som utför den uppsökande verksamheten skall samla in uppgifterna för varje person som får en munhälso-bedömning och vidarebefordra dessa till landstinget. Genom att använda gemensamma epidemiologiska mått kan tandhälsoutvecklingen följas och jämföras på nationell och regional nivå.

Nödvändig tandvård

Antal behandlade

Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting fick nästan 98 000 personer nödvändig tandvård år 2004, motsvarande 54 procent av den skattade personkretsen. Variationerna mellan landstingen åskådliggörs i figur 8.



Figur 8. Andel av personkretsen som fått nödvändig tandvård år 2004.

Av enkäten till *beställarna* framkommer att drygt 74 procent av dem som fick nödvändig tandvård, fick sin behandling hos offentliga vårdgivare och knappt 26 procent hos privata vårdgivare.

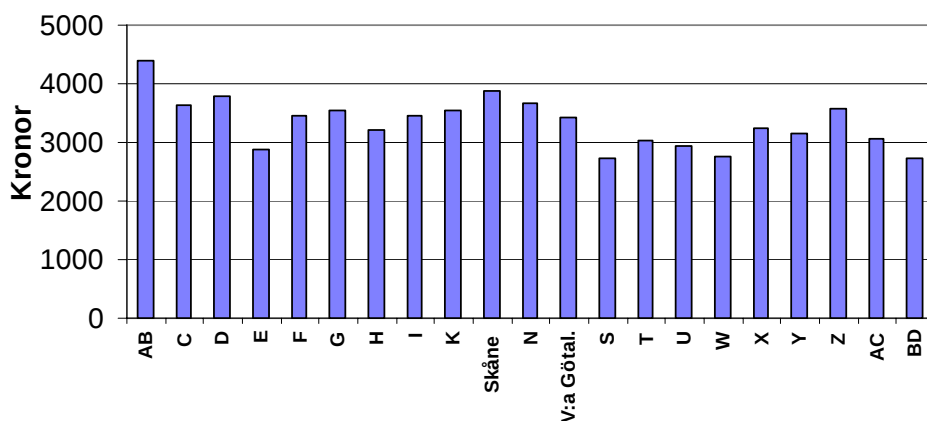
En fråga i enkäten till *beställarna* var vem som gör bedömningen av vilka som skall erbjudas nödvändig tandvård. Av svaren framkommer att det i stort sett är samma personer som de som identifierar personkretsen. Dessa personer utfärdar som tidigare redovisats ofta också det tandvårdsintyg, som är den identifikationshandling som behövs för att vårdgivaren skall veta att landstinget betalar den nödvändiga tandvården. För vissa grupper, t.ex. personer som vårdas av anhöriga, kan tandvårdsintyget utfärdas av landstinget självt efter ansökan.

Kostnader

Landstingens totala kostnad för nödvändig tandvård år 2004 uppgick till 340 miljoner kronor enligt Sveriges Kommuner och Landsting.

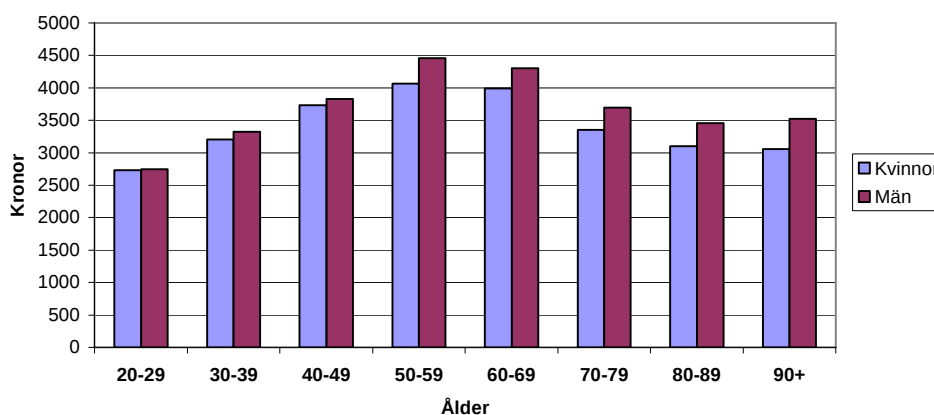
Av enkätsvaren från *beställarna* framgår att offentliga vårdgivare svarade för drygt 72 procent av kostnaderna och privata vårdgivare för drygt 27 procent.

Den genomsnittliga kostnaden per behandlad uppgick enligt Sveriges kommuner och landsting till 3 475 kronor. Variationerna mellan landstingen visas i figur 9.



Figur 9. Kostnad per behandlad för nödvändig tandvård år 2004.

Kostnaden per behandlad skiljer sig mellan kvinnor och män, vilket framgår av figur 10. Från 30 år och uppåt är kostnaden per behandlad man genomgående högre i samtliga åldersgrupper än kostnaden per behandlad kvinna. Störst är skillnaderna från 50 år och uppåt.



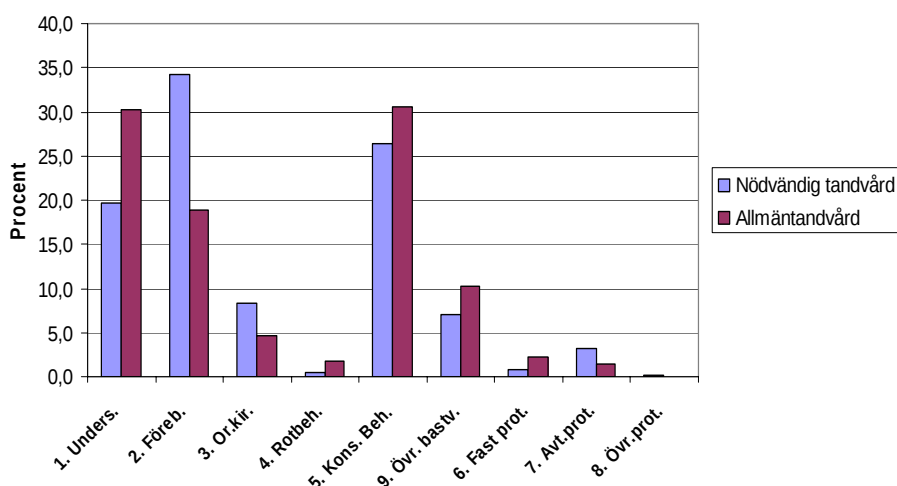
Figur 10. Skillnader i kostnader per behandlad kvinna och man i olika åldersgrupper.

Vårdens innehåll

För att se om innehållet i den utförda nödvändiga tandvården skiljer sig från den tandvård som ges inom tandvårdsförsäkringens ram, har uppgifter om utförda åtgärder år 2004 inhämtats från de sex landsting som registrerar varje åtgärd för sig. Åtgärderna har grupperats enligt tandvårdstaxans bilaga, vilket innebär 1. Undersökning, diagnostik och rådgivning, 2. Förebyggande åtgärder, 3. Oralkirurgisk behandling, 4. Pulpakirurgisk behandling, 5. Kon-

serverande behandling, 9. Övrig behandling inom bastandvården, 6. Behandling med fast protes, 7. Behandling med avtagbar protes och 8. Övriga behandlingar inom protetik.

Medelvärdena för andelen åtgärder inom de olika grupperna har sedan jämförts med motsvarande värden för allmäntandvården i hela landets folktandvård. Sveriges Kommuner och Landsting har för sina årliga undersökningar av prisutvecklingen inom folktandvården tagit fram en för hela riket representativ korg av behandlingsåtgärder som anses representera all tandvård som utförts inom folktandvården i landet år 2002. Ur detta material kan underlag hämtas för den nu aktuella jämförelsen. Figur 11 visar hur stor andel av den nödvändiga tandvården och av all allmäntandvård inom folktandvården, som hänförs till de olika åtgärdsgrupperna.



Figur 11. Frekvensen åtgärder inom de olika åtgärdsgrupperna bland dem som har fått nödvändig tandvård 2004 jämfört med folktandvårdens allmäntandvård 2002.

Undersökning, konserverande behandling, dvs. lagning av tänder, och förebyggande behandling är de vanligaste åtgärdsgrupperna både inom den tandvård som ges inom tandvårdsförsäkringens ram och inom den nödvändiga tandvården. Den tandvård som ges inom tandvårdsförsäkringens ram innehåller dock förhållandevis fler undersökningsåtgärder än den nödvändiga tandvården. Detta beror bl.a. på att många "friska" patienter regelbundet inom tandvårdsförsäkringen går till tandläkaren för undersökning och kontroll utan att behöva någon efterföljande behandling. Mest tydligt är detta förhållande bland unga vuxna. Andelen förebyggande åtgärder är däremot större för dem som får nödvändig tandvård jämfört med övriga. Förebyggande behandling är prioriterade åtgärder inom den nödvändiga tandvården. Konserverande behandlingar och övrig bastandvård utförs i större omfattning inom den allmänna tandvårdsförsäkringen än inom den nödvändiga tandvården. Inom nödvändig tandvård är det särskilt viktigt med en helhetsyn på patientens livssituation och allmäntillstånd. Den behandling som ges skall bidra till förmåga att äta eller tala och till en väsentlig förhöjning av livskvaliteten och välbefinnandet.

Utförare av nödvändig tandvård

I enkäten till *beställarna* ställdes frågan om det finns krav på att utförarna av uppsökande verksamhet även skall kunna erbjuda nödvändig tandvård. Arton landsting svarade ja på frågan medan tre landsting svarade nej.

På frågan om det finns svårigheter att få vårdgivarna att utföra nödvändig tandvård, svarade tre landsting att de har problem med folktandvården och fem svarade att de har problem med privata vårdgivare. De landsting som uppgav att de har svårigheter att få folktandvården att utföra nödvändig tandvård, anger bl.a. kösituationen som skäl och att folktandvården anser att det är den vårdgivare, som har avtal om uppsökande verksamhet, som också skall utföra den nödvändiga tandvården. I det senare fallet har landstinget avtal om uppsökande verksamhet med privata vårdgivare. De landsting som svarade att det finns svårigheter att få privata vårdgivare att utföra nödvändig tandvård, angav som skäl att privata vårdgivare anser att ersättningen är för låg, patienterna är för tidskrävande och att det är för mycket och för krånglig administration.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna fick i enkäten svara på frågan om det kan vara svårt att få tag i en tandläkare eller tandhygienist när någon behöver hjälp med tandvården. Svaren redovisas i tabell 5.

Tabell 5. Medicinskt ansvariga sjuksköterskors uppfattning om hur svårt det är att få tag i en tandläkare eller tandhygienist när någon behöver hjälp med tandvård.

Svarsalternativ	Antal	Procent
Det är aldrig svårt	119	53
Ibland är det svårt	48	21
Det är alltid svårt	2	1
Vet ej/Ingen åsikt	57	25
Total	226	100

Vid *beställarkonferensen* diskuterades frågan om vad beställarna bör göra när folktandvården säger nej till att utföra den nödvändiga tandvården. Följande synpunkter framkom.

- Peka på tandvårdslagens prioriteringsregler om bl.a. barn- och ungdomstandvård och nödvändig tandvård.
- Om man inte kommer överens, måste beställarna vända sig till politikererna.
- Kontinuerlig dialog både med folktandvården och med privattandvården är viktig.
- Se till att folktandvården får rimligt betalt för den nödvändiga tandvården, t.ex. med procentpåslag på taxans normalpriser. Detta är viktigt inte minst i glesbygd där tandvårdskapaciteten är begränsad och det allmänna vårdtrycket högt.

Beställarna fick i enkäten svara på frågan vilka de mest positiva erfarenheterna är med nödvändig tandvård. De vanligaste svaren har rangordnats.

- Gamla och funktionshindrade får sina tandvårdsbehov uppmärksammas och tillgodosedda.
- Ekonomin är inte längre något hinder.
- Prioriterad grupp för odontologiskt omhändertagande.

Beställarna fick också svara på frågan vilka de mest negativa erfarenheterna är med nödvändig tandvård. Svaren är även här rangordnade.

- Vårdgivarna har svårt att lägga det odontologiska omhändertagande på rätt nivå i förhållande till patientens allmäntillstånd. Tendens till överbehandling finns.
- Svårt att nå alla i personkretsen med intyg och information om nödvändig tandvård.
- Ibland är det svårt att få vårdgivarna att acceptera gällande prislista.

Individuella vårdplaner

I enkäten fick de *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* frågan om behovet av nödvändig tandvård finns med i de individuella vårdplaner som upprättas. Av 216 medicinskt ansvariga sjuksköterskor som svarade på frågan, uppgav 66 procent att detta finns med. I kommentarerna till frågan framkom bl.a. att om det inte är svårigheter med nutritionen, så finns det inte med i den individuella vårdplanen.

Ett "munvårdskort" sitter i omvårdnadspärmen och munvårdsbehovet dokumenteras hos hemtjänsten, men i regelrätta vårdplaner dokumenteras det inte, kommenterade en av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna.

Om det vid munhälsobedömningen rekommenderas ett tandläkarbesök, dokumenteras det i omvårdnadsjournalen, inte annars, kommenterade en annan medicinskt ansvarig sjuksköterska. Flera tror inte att behovet av nödvändig tandvård finns med i de individuella vårdplanerna.

Uppföljning av nödvändig tandvård

I enkäten fick *beställarna* frågan om de själva följt upp och utvärderat nödvändig tandvård de senaste två åren. Inget landsting har genomfört någon sådan uppföljning.

Under *beställarkonferensen* fick landstingen i ett grupparbete diskutera hur uppföljningar av den nödvändiga tandvården kan genomföras, vad som skall ingå och hur ofta de skall genomföras. Följande synpunkter framkom.

- Gör stickprov av vilken nödvändig tandvård som utförs genom journalgenomgång.
- Följ upp vilka åtgärds-koder som används.
- Jämför förhandsbedömd vård med utförd och fakturerad vård.
- Gör årliga analyser när rikstalen publiceras.
- Följ upp effekterna av förebyggande vård. Gör den nytta mot de uppsatta målen för nödvändig tandvård?

Återrapportering av nödvändig tandvård

I de flesta fall återrapporterar inte landstingen till kommunerna, primärvården och psykiatrin hur den nödvändiga tandvården fungerar och vilka resultat som uppnåts. De landsting som årligen träffar sina kontaktpersoner och intygsutfärdare för information, uppger att största tonvikten läggs på information om den uppsökande verksamheten. Tabell 6 visar om landstingen återrapporterar till de olika verksamheterna. Alla landsting besvarade frågan.

Tabell 6. Landstingens svar på frågan om de återrapporterar till kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården hur den nödvändiga tandvården fungerar och vilka resultat som uppnåts.

Svarsalternativ	Ja	Nej
Äldreomsorgen, särskilt boende	6	15
Äldreomsorgen, ordinärt boende	6	15
Handikappomsorgen, LSS, särskilt boende	6	15
Handikappomsorgen, LSS, ordinärt boende	6	15
Psykiatrin	3	18
Primärvården	1	20

Samverkan/samarbete

I enkäten till *beställarna* ställdes också frågor om hur samarbetet/samverkan fungerar med kommunerna, primärvården och psykiatrin och vad man skulle kunna göra för att förbättra detta, se tabell 7.

Tabell 7. Landstingens uppfattning om hur samarbetet fungerar med olika verksamheter

Verksamhet	Mycket bra	Bra	Ganska bra	Mindre bra	Dåligt
Äldreomsorgen, särskilt boende (n=21)	3	12	6	0	0
Äldreomsorgen, ordinärt boende (n=21)	0	3	9	6	3
Handikappomsorgen, LSS, särskilt boende (n=21)	2	6	11	2	0
Handikappomsorgen, LSS, ordinärt boende (n=21)	1	5	7	6	2
Psykiatrin (n=21)	1	7	4	9	0
Primärvården (n=20)	0	6	4	9	1

Bäst fungerar samarbetet/samverkan med äldreomsorgen för personer i särskilt boende. Därefter kommer samarbetet med dem som ansvarar för handikappomsorgen enligt LSS, i särskilt boende. Samarbetet med psykiatrin upplever tolv landsting som förhållandevis bra, medan nio landsting upplever det som mindre bra. Sämst är samarbetet med äldreomsorgen för personer i ordinärt boende, handikappomsorgen, LSS i ordinärt boende och i primärvården. En beställare har inget samarbete med primärvården, eftersom kommunen har ansvaret för all verksamhet.

Beställarnas föreslår bl.a. att samarbetet/samverkan kan förbättras genom att tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska arbeta fram ett kvalitetssäkrat handlingsprogram för arbetssätt och rutiner för identifieringen av personkretsen, utfärdande av tandvårdsintyg samt för deltagande i munvårdsutbildningar.

Det avgörande för om reformen skall nå ut till alla som omfattas av den, är att ansvariga chefer inom kommunens olika verksamheter m.fl. motiverar sin personal och följer upp att tandvårdsreformens intentioner uppnås.

Förbättrad, utökad och mer kontinuerlig kommunikation mellan parterna föreslås av flera landsting som nödvändiga åtgärder för att förbättra samverkan/samarbetet. Det är också viktigt att återskoppla statistik över resultatet av den uppsökande verksamheten till de olika verksamheterna. Ett landsting betonar just vikten av att använda sådan återskoppling som diskussionsunderlag vid kontakterna med de olika verksamheterna. Särskilt utsedda munvårdsombud inom de olika verksamheterna lyfts fram som förslag på hur samarbetet kan bli bättre.

Uppsökande munhälsobedömning med rådgivning om daglig munvård rimmar inte med LSS:s mål om att ge dem som omfattas av denna lag möjlighet att leva som andra i samhället, påpekar ett landsting.

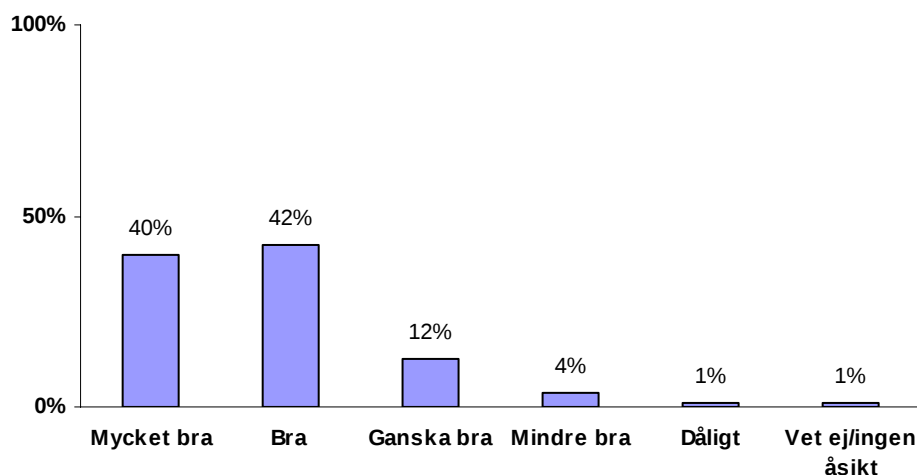
Munvård är det sällan någon vårdare inom psykiatri som utför, där handlar det mest om att utfärda intyg för nödvändig tandvård.

Flera landsting svarar att de inte har något samarbete med landstingets primärvård då samtliga målgrupper omfattas av kommunernas ansvar.

En fråga i enkäten till *beställarna* handlade om hur formaliserat samarbetet är med de olika verksamheterna. Mest vanligt är att landstingen har särskilda kontaktpersoner som man samarbetar med. Kontaktpersoner förekommer i stor utsträckning både inom äldre- och handikappomsorgen men också inom psykiatri och primärvården.

Knappt hälften av beställarna har skriftliga överenskommelser med äldre- och handikappomsorgen. Tre beställare har skriftliga överenskommelser med psykiatri. Inga överenskommelser finns mellan beställare och primärvård. I fem landsting finns munvårdsombud hos kommunerna inom äldreomsorgen för personer i särskilt boende. I två landsting har kommunerna munvårdsombud inom handikappomsorgen, LSS och för personer i särskilt boende. Inte i något landsting finns det munvårdsombud inom psykiatri eller primärvården.

De *medicinskt ansvariga sjuksköterskorna* fick i enkäten svara på frågan hur de tycker att samverkan/samarbetet fungerar med landstinget avseende den uppsökande verksamheten, utfärdande av intyg för nödvändig tandvård m.m. Resultatet visas i figur 12. Antalet svarande var 225.



Figur 12. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna uppfattning om samarbetet med landstingen.

Sammanlagt 82 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som svarade på frågan, uppgav att de tycker att samarbetet är mycket bra eller bra. I kommentarerna förstärks resultatet ytterligare med flera positiva påståenden, t.ex. bra samarbete, lätt att få tag i ansvariga personer på landstinget, möjlighet att alltid ringa och fråga om det är något.

Några negativa synpunkter framfördes också, t.ex. att den uppsökande verksamheten medför onödigt administrativt arbete för kommunen. Ibland är det svårt när tandläkarna nästan har lovat ett tandvårdsintyg och hänvisar patienten till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan för att få ett, medan hon måste säga nej, därför att patienten inte tillhör personkretsen.

I en följdfråga fick de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna svara på vilket sätt samverkan/samarbetet kan förbättras. Några av förslagen återges här.

- Mer direktkontakt med verksamhetschefer och enhetschefer i kommunen behövs från landstingets/utförarnas sida. Det är cheferna som har ansvaret för resurserna. De ser till att det finns omvårdnadspersonal som kan följa med vid munhälsobedömningarna och att personalen kan vara med på munvårdsutbildningarna.
- Mer information behövs till allmänheten om tandvårdsreformen, vilka som omfattas och vad som ingår.
- Fler kontinuerliga möten mellan kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, landstinget och utförarna av den uppsökande verksamheten för att diskutera gemensamma frågor och eventuellt uppkomna problem.
- Mera detaljerade återkopplingar från landstinget till respektive kommun om hur verksamheten fungerar och vilka resultat som uppnåtts.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna besvarade också frågor om de anser att någon grupp i personkretsen missgynnas avseende möjligheterna

att ta del av uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården. De psykiskt funktionshindrade ansågs av de flesta vara den grupp som missgynnades mest i detta avseende. Därefter följer äldre personer i ordinärt boende, medan äldre personer i särskilt boende är den grupp som anses ha bäst möjligheter att ta del av förmånerna. Resultatet i sin helhet redovisas i tabell 8.

Tabell 8. Medicinskt ansvariga sjuksköterskors uppfattning om någon grupp missgynnas avseende möjligheterna att ta del av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Grupper	Andel som svarat ja procent
Psykiskt funktionshindrade (n = 195)	47
Äldreomsorgen, ordinärt boende (n = 187)	34
Funktionshindrade, LSS, ordinärt boende (n = 178)	23
Funktionshindrade, LSS, särskilt boende (n = 189)	4
Äldreomsorgen, särskilt boende (n = 187)	3

Några av de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas kommentarer till frågan var att den uppsökande verksamheten är inarbetad på äldreboendena och inom handikappomsorgen men inte inom psykiatrin. Psykiskt funktionshindrade har inte alltid kontakt med kommunens sjukvård. Deras väg för att få uppsökande tandvård är svårare. De saknar också ofta insikt om behovet av tandvård.

Av de frågor som kommunen får från anhöriga och från hemtjänstens personal kan man dra slutsatsen att de som tillhör personkretsen inte alla gånger kommer i kontakt med den uppsökande verksamheten, kommenterade en medicinskt ansvarig sjuksköterska. En annan svarade, att eftersom kommunen inte har hälso- och sjukvårdsansvar i ordinärt boende, så vet jag inte hur verksamheten fungerar för dem. En ytterligare kommentar var att det är besynnerligt att hela gruppen som omfattas av LSS tillhör personkretsen oavsett omvårdnadsbehovet.

Landstingens administration

Kostnader

Den totala kostnaden för administration, information m.m. av hela tandvårdsreformen, dvs. uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, uppgick år 2004 till 32 miljoner kronor enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting. Kostnaden motsvarar fem procent av den totala kostnaden för reformen. Någon särredovisning av hur stora de administrativa kostnaderna är för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård finns inte.

Behandlingsförslag

Samtliga landsting uppger i *beställarenkäten* att bedömning av behandlingsförslag sker för viss nödvändig tandvård. Ett landsting bedömer behand-

lingsförslagen i samtliga fall, men de flesta har en beloppsgräns som krav för när bedömningen måste göras. I femton landsting bedöms behandlingsförslagen alltid om de omfattar fast protetik.

År 2004 skickades 15 412 behandlingsförslag in till landstingens beställarenheter för bedömning. Åtta landsting har kunnat lämna uppgifter om hur stor andel av inskickade behandlingsförslag som måste kompletteras av någon anledning, innan en bedömning kan göras. Drygt elva procent av behandlingsförslagen måste kompletteras. En anledning till varför ärendet måste kompletteras kan, t.ex. vara att det saknas underlag för att kunna göra en bedömning.

Omkring 78 procent av behandlingsförslagen godkänns utan ändringar och knappt 18 procent efter ändringar. Ändringarna kan bl.a. bero på att vissa av de föreslagna åtgärderna inte omfattas av stödet. Uppgifterna bygger på svar från 14 landsting. Femton landsting har kunnat lämna uppgifter om hur stor andel av behandlingsförslagen som avslås, cirka 3 procent.

På *beställarkonferensen* diskuterades frågan i ett grupparbete hur beställarnas administrativa resurser bör fördelas och prioriteras mellan bedömning av behandlingsförslag, uppföljning av verksamheten och förbättring av samarbetet/samverkan med kommunerna, psykiatrin och primärvården. Följande svar lämnades.

- Prioritera uppföljning av verksamheten och förbättra samarbetet med kommunerna. Det gäller att ha en respektfull framtoning mot kommunerna.
- Inför avvikelserapportering, t.ex. avseende munhälsobedömningen, utbildningen och nödvändig tandvård. Avvikelse­rapporteringen bör omfatta allt som bedöms skilja sig från det förväntade. En särskild blankett kan användas för ändamålet.
- Alla utförare av uppsökande verksamhet skall lämna en verksamhetsberättelse.
- Träffa alla utförare av uppsökande verksamhet regelbundet.
- Åt­terrapportera till kommunerna m.fl.

Slutsatser och förslag

Gemensamt ansvar landsting – kommun

Det är landstingen som ansvarar för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds dem som omfattas av stödet enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen. Detta sker genom landstingens beställarorganisationer, i vilkas ansvar det ingår att finna samverkansformer med personal i kommunerna, primärvården och psykiatrin, att upphandla den uppsökande verksamheten och att teckna avtal med vårdgivarna samt att organisera den uppsökande verksamheten på ett sådant sätt att alla i personkretsen får erbjudande om denna.

Landstingens beställare, kommunerna, primärvården och psykiatrin har ett gemensamt ansvar för att alla som ingår i personkretsen erbjuds uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Landstingens beställare anser att det är svårt med delat ansvar för tandvårdsreformen mellan landsting, kommuner, primärvård och psykiatrin. De anser inte att samverkan/samarbetet fungerar tillräckligt bra och det är svårt att nå ut med information, att få uppgifter om personkretsen och att få tillräckligt med engagemang från ansvariga chefer i kommunerna.

Det är också landstingens ansvar att omvårdnadspersonalen erbjuds en bra handledning/utbildning så att de kan hjälpa och stötta den enskilde med den dagliga munvården och att de kan tolka symtom och signaler som uttrycker behov av tandvårdsinsatser.

Kommunerna, primärvården och psykiatrin måste sörja för att det finns ansvariga personer som kan samverka med landstinget och de vårdgivare som landstinget upphandlat för att genomföra den uppsökande verksamheten. En viktig uppgift för kommunerna m.fl. är att kontinuerligt identifiera de personer som skall ha erbjudande om uppsökande verksamhet och lämna uppgift till landstinget eller vårdgivarna om dessa.

Omvårdnadspersonalen inom t.ex. äldre- och handikappomsorgen, som har nära kontakt med dem som skall erbjudas munhälsobedömning, framför erbjudandet och informerar om vad detta innebär. När tandvårdspersonalen genomför munhälsobedömningarna måste omvårdnadspersonalen ges möjlighet att följa med. Omvårdnadspersonalen måste också ges möjlighet att informera tandvårdspersonalen om den enskildes behov. Meningen är att omvårdnadspersonalen skall få råd och instruktioner av tandvårdspersonalen hur den individuella dagliga munvården skall skötas.

Samverkan mellan landstingen och kommunerna måste enligt Socialstyrelsens mening förbättras för att reformen skall få ett större genomslag. I det följande ges flera förslag till hur samarbetet på regional och lokal nivå kan förbättras.

Tandvårdslagen bör kompletteras så att det framgår att kommunerna också har ett ansvar för att personkretsen erbjuds uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

På flera sätt framkommer det i utvärderingen att reformen fortfarande är relativt okänd i samhället. Man efterfrågar därför en kraftfull nationell informationsinsats. Flera av de personer som omfattas av reformen efterfrågar inte själva den information de behöver för att förstå vad reformen innebär. För dem skulle det underlätta om kunskapen om reformen spreds till allmänheten, berörda intresseföreningar, anhöriga, vänner och bekanta.

Personkretsens storlek

Den skattade personkretsen motsvarar cirka 2,7 procent av alla bosatta i landet över 20 år. Relationen mellan antalet bosatta och andelen skattade personer i personkretsen varierar mellan landstingen från knappt 2 procent till drygt 4 procent. Dessa stora skillnader kan knappast spegla de verkliga förhållandena. Medianvärdet för den skattade personkretsen är 2,8 procent. Det har framkommit att skattningarna inte görs systematiskt och regelbundet inom många landsting. En del arbetar med uppgifter som är flera år gamla. Bedömningen av personkretsens storlek är utgångspunkten, när resultaten för den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården skall avläsas och jämföras på lokal och nationell nivå. Om resultaten för verksamheterna utgår från en lågt skattad personkrets, i förhållande till antalet bosatta 20 år och äldre, visas ett skenbart positivt resultat, medan det omvända förhållandet visar ett skenbart negativt resultat.

För att få ett så bra underlag som möjligt krävs ett nära samarbete med nyckelpersoner inom kommunerna, primärvården och psykiatrin. Dessa kontaktpersoner behöver få särskild information och kanske någon form av utbildning av landstingen för att kunna göra bedömningarna av hur många som ingår i personkretsen. Skattningarna bör göras regelbundet. En lämplig periodicitet kan vara vartannat år. Rutinen bör omfattas av kvalitetssystem som säkerställer att det finns dokumenterade rutiner för när skattningarna skall genomföras, hur de skall genomföras samt hur uppgifterna skall kvalitetssäkras.

Om landstingens skattningar ligger påtagligt över eller under genomsnittet för riket, bör de göra en noggrann analys för att följa upp om underlagen är tillförlitliga.

Bra kan bli bättre

De flesta anser att uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och individuell rådgivning om munvård har lett till att problemen med mun och tänder fångas upp i tid och fler än tidigare får hjälp att komma till tandvården. Fler får nu hjälp med den dagliga munvården. Den utbildning/handledning som omvårdnadspersonalen får av tandvårdspersonalen har lett till bättre kunskaper och förståelse för munvårdens betydelse för munhälsa, livskvalitet och nutrition.

De flesta som får munhälsobedömning bor i särskilda boenden för äldre. Där fungerar den uppsökande verksamheten bäst, vilket också flera av landstingens egna uppföljningar visar.

Statistiken visar dock att bara knappt hälften av den totala personkretsen får munhälsobedömning. Variationerna mellan landstingen är stora men det är inte tillfredställande att verksamheten inte nått större omfattning efter sex år. Skälen till varför det ser ut på det här sättet, är självfallet flera. Svårast anser man att det är att nå dem som bor i ordinärt boende. Det gäller både äldre personer och fysiskt och psykiskt funktionshindrade personer. Allra svårast är det att nå de psykiskt funktionshindrade.

Ungefär 11 procent av alla som får erbjudande om munhälsobedömning tackar nej till denna. Orsakerna uppges vara flera, bland annat beror det på att många av integritetsskäl inte vill ha besök i sina hem och på samordningssvårigheter mellan hemtjänst-/hemvårdspersonalen och tandvårdspersonalen. Integritetsskäl anges i första hand för personer som omfattas av LSS och för psykiskt funktionshindrade personer medan samordningsproblematiken avser samtliga i ordinärt boende.

Det tycks saknas rutiner för hur den uppsökande verksamheten skall genomföras i de ordinära boendena. Bra lösning på samordningsproblematiken tycks saknas. Många av dem som bor hemma, får dessutom inte hjälp med munvården. Bland hemtjänstpersonalen finns uppfattningen att den som bor hemma, kan sköta mer av den dagliga hygienien själv, t.ex. munvården. Dessutom är personalen gäst i det ordinära boendet och kan därför inte tvinga någon att få hjälp med munvården.

Det är inte heller ovanligt att personer som bor på särskilda boenden för LSS tackar nej till munhälsobedömning. Orsaken till detta uppges vara att de redan har regelbundna tandvårdskontakter. Omvårdnadspersonalen och föräldrar/anhöriga anser att de på det sättet får tillräcklig information om hur den dagliga munvården skall skötas. Enligt LSS:s mål skall den enskilde kunna delta i samhällslivet och leva som andra. När uppsökande tandvårdspersonal kommer till dem istället för tvärtom, kan det upplevas som något som inte rimmar med denna målsättning.

Många har inte fått möjlighet att acceptera eller tacka nej till erbjudandet om munhälsobedömning. Av den skattade personkretsen har 49 procent fått munhälsobedömning år 2004 och uppskattningsvis ytterligare ca 10 procent har tackat nej. De återstående ca 40 procenten av personkretsen har alltså inte fått erbjudande om munhälsobedömning. Detta är en alltför stor andel.

En förklaring är att alla landsting inte upphandlat munhälsobedömning för personer som omfattas av LSS i ordinärt boende eller av dem som får omfattande hemsjukvård. I två landsting omfattas inte personer som sköts av anhöriga i ordinärt boende av avtal.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att landstingen upphandlar och organiserar den uppsökande verksamheten för alla som enligt tandvårdslagen tillhör personkretsen, så att dessa kan nås av erbjudanden om uppsökande verksamhet.

Nya former för uppsökande verksamhet

Landstingen måste finna alternativa former för hur alla i personkretsen kan erbjudas uppsökande verksamhet. Idag förefaller alla att erbjudas efter samma modell och när den denna inte fungerar, erbjuds de, för det mesta, inget alternativ. Modellen för den uppsökande verksamheten behöver diffe-

rentieras och anpassas till de skiftande förutsättningar som finns i de olika målgrupperna. Om den enskilde inte vill få besök av tandvårdspersonalen för en munhälsobedömning i sitt eget hem, bör det erbjudas möjligheter att få den t.ex. vid ett besök på en tandvårdsmottagning. Där kan bedömningen av munhälsan göras tillsammans med att individuella instruktioner och råd ges om hur munvården skall skötas. Den omvårdnadspersonal som brukar hjälpa och stötta personen med den dagliga omsorgen, skall då följa med för att kunna ta del av tandvårdspersonalens råd och instruktioner. I annat fall uppnås inte syftet med den uppsökande verksamheten.

Det projekt som pågår i Hässleholm med två tandhygienister som anställets av kommunen för att sköta den uppsökande verksamheten är mycket intressant. De båda tjänsterna finansieras av Region Skåne. Det är ännu för tidigt att dra några egentliga slutsatser av projektet men några positiva trender har framkommit. Projektet kan tjäna som ett exempel på ett nytt angreppssätt för att få den uppsökande verksamheten att fungera bättre. För landstingen gäller det att finna bra lösningar för att nå ut med den uppsökande verksamheten. Det mest väsentliga är att målet och syftet med den uppsökande verksamheten finns kvar, även om modellen för genomförandet modifieras.

Handledning/utbildning

De vårdgivare som har avtal eller överenskommelser med landstingen om att genomföra den uppsökande verksamheten, skall också erbjuda omvårdnadspersonalen gruppvis handledning/utbildning i munvård m.m. Utbildningen uppskattas av många och omvårdnadspersonalen har haft nytta av den i sitt dagliga arbete men ibland upplevs den som "tjätig". Det blir för lite variationer och för många upprepningar av sådant man redan hört. Tandvårdspersonalen måste vara mer flexibel i detta avseende och anpassa och variera utbildningen efter personalgruppens kompetens, kunskap och önskemål. Ett lämpligt sätt kan vara att i förväg fråga personalen om eventuella önskemål och anpassa utbildningen så att den överensstämmer med dessa.

Som tidigare påtalats är det viktigt att omvårdnadspersonalen ges möjlighet att vara med när utbildningen ges. Uppföljningen visar att tandvårdspersonalen har problem med att samla omvårdnadspersonalen till de planerade utbildningstillfällena. Det kan av flera skäl vara lämpligt att kommunernas sjuksköterskor och andra ansvariga chefer deltar i utbildningen. Deras engagemang betyder mycket för omvårdnadspersonalens motivation att stötta och hjälpa till med munvården och för att få den uppsökande verksamheten att fungera.

Helst skall hela den uppsökande verksamheten genomföras med legitimerad tandvårdspersonal men tillgången på tandhygienister varierar i landet. I fem landsting medverkar därför även tandsköterskor när handledning/utbildning ges.

Tandvårdspersonalens kompetens

Det framkommer i vissa fall missnöje med de vårdgivare som har avtal med landstingen om uppsökande verksamhet. Bland annat framförs kritik om att de har för bråttom när de genomför munhälsobedömningarna, att de saknar

helhetsperspektiv och att de inte har tillräckliga kunskaper om demenssjukdom och psykiskt och fysiskt funktionshindrade personer.

Det finns också de som tycker att det är rörigt med byte av utförare efter nya upphandlingar. Landstingen har att följa LOU när de genomför sina upphandlingar och har inga möjligheter att välja vårdgivare utifrån andra premisser än vad lagen anger. Det kan i dagsläget vara svårt att ställa krav på att tandvårdspersonalen skall ha utbildning och kompetens inom alla de områden som har nämnts. Risken är att ingen då lämnar anbud, eftersom ingen kan uppfylla alla dessa krav. Ur vårdtagarperspektivet är det dock av största vikt med trygghet och en förtroendefull relation också till den tandvårdspersonal vårdtagaren möter.

Ett bra initiativ från landstingens sida kan vara att ordna temadagar och utbildningstillfällen för tandvårdspersonalen som syftar till att öka deras kunskap och kompetens om demenssjukdomar, psykiska funktionshinder m.m. Dessa utbildningar kan med fördel anordnas tillsammans med företrädare för kommunerna, psykiatrin och primärvården.

Gruppen äldre ökar kontinuerligt. Tandvården för dem behöver komma mer i fokus och tandvårdspersonalens kunskaper behöver både breddas och fördjupas. Grundutbildningarna för tandläkare och tandhygienister bör innehålla mer om äldres tandhälsa och tandvård – både i teori och i praktik. Auskultationer inom äldreomsorgen och inom den verksamhet som idag benämns som sjukhustandvård, kan vara lämpliga inslag i grundutbildningarna. Äldretandvård som specialområde för såväl tandläkare som tandhygienister kan vara ett sätt att fördjupa kunskaperna och sätta mer fokus på ett angeläget område. Även i sjuksköterskornas och undersköterskornas grundutbildningar och fortbildningar bör det ingå mer om tandvård och munvård.

För barn, ungdomar och yngre vuxna finns vetenskapligt dokumenterad kunskap om olika förebyggande metoder och insatser. Sådan kunskap är mera sparsamt förekommande när det gäller medelålders och äldre och är i det närmaste obefintlig när det gäller de mycket gamla eller kroniskt sjuka äldre. För att gamla människor med olika former av handikapp/sjukdom eller kronisk medicinering skall kunna få en god tandvård livet ut, måste allmäntandvårdens personal ha goda kunskaper om det normala åldrandet och de sjukdomar och begränsningar som kan drabba gamla människor. Tandvårdspersonalen behöver också ha behandlingsmetoder som är prövade på vetenskaplig grund utifrån den åldrande människans speciella förutsättningar och behov. Kunskap inom äldretandvård bör systematiseras, samlas och finnas tillgänglig och sökbar för alla. Det är viktigt att samhället har tillgång till information och har en samlad kunskap som underlag för beslut, utvärderingar och kvalitetssäkring.

Det skulle därför vara värdefullt att samla kunskap och kompetens om tandvård och munvård för äldre och funktionshindrade i nationella alternativt regionala kunskapscentra. Här skulle välutbildad personal kunna utgöra den bas för samlad kunskap och kompetens som behövs för såväl grundutbildning som vidare- och fortbildning av tandvårdspersonal. Nationella eller regionala kunskapscentra skulle också kunna ombesörja, t.ex. utbildning i munvård för annan vårdpersonal. Tillgång till samlad kunskap och kompetens är också av stor vikt för personal inom kommuner och landsting, pati-

enter/vårdtagare/brukare och anhöriga m.fl. Frågan om kunskapscentra bör utredas närmare.

Uppföljning och återrapportering

I allt för liten omfattning följer landstingen upp hur den uppsökande verksamheten fungerar och vilka resultat som har uppnåtts. Om man inte följer upp hur det går, är det svårt att ge någon återföring eller få någon dialog till stånd med kommunerna och med tandvårdspersonalen. Att visa på resultat är att synliggöra verksamheten och visa att det är ”vi tillsammans” som har åstadkommit något. Återföringen av verksamhetens resultat måste göras på alla nivåer till dem som har ansvar för daglig omvårdnad och med olika detaljeringsgrad, beroende på vem som är mottagare.

Regelbundna möten för avtalsuppföljning bör genomföras med de vårdgivare som landstinget har avtal med om uppsökande verksamhet. Ett sätt för landstingen att få reda på om det är något som avviker från det förväntade eller önskvärda, är att införa avvikelserapportering. Tandvårdspersonalen och kommunernas m.fl. personal skall då avvikelserapportera till landstinget. På så sätt kan åtgärder vidtas direkt för att rätta till eventuella felaktigheter. Dessutom får landstinget vetskap om vad som händer i verksamheten och kan arbeta mer långsiktigt med att förebygga att liknande händelser inträffar igen.

Kommunerna måste också själva genomföra uppföljningar för att kvalitetssäkra arbetet med munvården och den uppsökande verksamheten. Det avgörande för om reformen skall nå ut till alla dem som omfattas av den är, att ansvariga chefer inom kommunernas olika verksamheter motiverar sin personal och följer upp att tandvårdsreformens intentioner uppnås. Då kan återkoppling och återföring av resultat vara det som väcker intresset och engagemanget. Mer direktkontakt med ansvariga i kommunerna behövs från landstingets och utförarnas sida. Landstinget bör anordna regelbundna möten med kommunernas ansvariga, kontaktpersonerna och utförarna.

De landsting som lyckas bäst med den uppsökande verksamheten, sett till antal utförda munhälsobedömningar, pekar just på sina goda kontakter med ansvariga inom kommunerna, primärvården och psykiatrin. Dessa landsting har regelbundna kontakter med dem som är ansvariga och ger dem kontinuerlig information och återrapportering av verksamhetens resultat. Det framgår att landstingens beställare genom tydliga krav på vårdgivarna också styr verksamheten på ett sätt som gynnar dem som omfattas av reformen.

Kostnader

Kostnaden för den uppsökande verksamheten varierar stort idag mellan de olika landstingen. Variationerna speglar resultatet av de upphandlingar som landstingen genomfört av den uppsökande verksamheten och naturligtvis av hur stor andel av personkretsen man nått med erbjudandena.

Socialstyrelsen pekar på flera områden där insatserna bör förbättras. Exempel på detta är kartläggning av personkretsen, förbättrad handledning/utbildning till omsorgspersonalen, utökat samarbete med kommunernas ansvariga samt utbildning av tandvårdspersonalen när det gäller omhändertagande av dementa och funktionshindrade. Detta medför ökade kostnader.

Medel finns för att utöka den uppsökande verksamheten att omfatta fler i personkretsen och att pröva nya former för att få verksamheten att fungera bättre. De under åren 1999 – 2004 samlade bidragen från staten för reformen översteg vid utgången av år 2004 landstingens kostnader med 266 miljoner kronor.

Nödvändig tandvård

En fördel med den avgiftsfria uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården med avgift som för öppen hälso- och sjukvård är, att gamla och funktionshindrade får sina tandvårdsbehov uppmärksammade och tillgodosedda och att ekonomin inte är något hinder för den enskilde. Vårdgivarna kan i vissa fall ha svårt att lägga det odontologiska omhändertagandet på rätt nivå i förhållande till patienternas allmäntillstånd. Det är emellertid ett större problem att inte alla i personkretsen har identifierats och informerats om att de har möjlighet att få nödvändig tandvård mot låg avgift. Svårast är det att nå de psykiskt funktionshindrade för att utfärda tandvårdsintyg för nödvändig tandvård. Det kan också vara svårt att motivera dessa personer till att besöka tandvården då de inte alltid själva inser sitt behov av tandvård.

Den andel som får nödvändig tandvård av den skattade personkretsen är cirka 54 procent år 2004. Hur stor andel av personkretsen som behöver nödvändig tandvård är svår att förutse. Alla behöver inte och vill inte gå till tandläkaren eller tandhygienisten varje år. Allteftersom fler personer söks upp och får munhälsobedömning kommer antalet personer som efterfrågar och får nödvändig tandvård att öka. Att ha fått en munhälsobedömning är inte en förutsättning för nödvändig tandvård, men nödvändig tandvård blir ofta utförd som en följd av den uppsökande verksamheten.

Könsskillnader

Kostnaden per behandlad för nödvändig tandvård skiljer mellan kvinnor och män. Från 30 år och uppåt är kostnaderna per behandlad man genomgående högre i samtliga åldersgrupper än kostnaderna per behandlad kvinna. Störst är skillnaderna från 50 år och uppåt. Som mest skiljer behandlingskostnaden cirka 500 kronor.

Statistiska Centralbyråns (SCB) löpande undersökningar av svenska folkets levnadsförhållande (ULF) visar att en allt större andel av befolkningen har regelbundna tandvårdskontakter. Undersökningen visar att 81 procent av männen och 86 procent av kvinnorna har besökt tandvården inom en tvåårsperiod år 2002/03 [10]. Motsvarande data år 1980/81 var 66 respektive 72 procent [11]. För männen, som besöker tandvården mer sällan, kan därför ett ackumulerat tandvårdsbehov behöva åtgärdas, vilket avspeglar sig i högre kostnader.

Folktandvårdens ansvar

Enligt tandvårdslagen skall den nödvändiga tandvården prioriteras framför annan vuxentandvård. Det betyder att folktandvården inte kan säga nej, när en patient har behov av och önskar nödvändig tandvård, så länge man

tar emot övriga vuxna patienter för annat än akutvård. Alla inom folktandvården känner uppenbarligen inte till eller har detta klart för sig. Det är en uppgift för landstingens ledningar att klargöra detta för folktandvården om så erfordras.

Referenser

1. SFS 1985:125. Tandvårdslag.
2. SFS 1998:1338. Tandvårdsförordning.
3. SFS1962:381. Lag om allmän försäkring.
4. Socialstyrelsens Meddelandeblad 2004. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård.
5. SFS 1993:387. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.
6. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen.
7. Socialstyrelsen 2001. Uppföljning av landstingens tandvård enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning.
8. Socialstyrelsen 2003. Uppföljning av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård 2001.
9. SFS 1992:1528. Lag om offentlig upphandling.
10. SCB. 2004. Undersökning av levnadsförhållanden. Stockholm. 2004.
11. Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975–1999. Levnadsförhållanden: Rapport 94. Stockholm: 2001.

Referenslista till bilaga 1 finns sist i bilagan.

Bilagor

Landstingens uppföljningar av uppsökande verksamhet

Korta sammanfattningar av de uppföljningar som landstingen själva genomfört av den uppsökande verksamheten de senaste två åren.

Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting har följt upp arbetet med munvård och uppsökande verksamhet på särskilda boenden för äldre [1]. Uppföljningen genomfördes med enkäter till och intervjuer av arbetsledare och omvårdnadspersonal.

Resultatet visade att omvårdnadspersonalen tycker att det är viktigt att de boende får daglig munvård. Munvården anses vara en naturlig och självklar del i omvårdnadsarbetet men när det är personalbrist, tiden är knapp eller oförutsedda saker händer, anses munvården inte lika viktig som t.ex. tvättning och matning. Den uppsökande verksamheten uppskattas av både personalen på boendena och av anhöriga. Uppfattningen är att den säkrar att de boende inte har långvarigt lidande med tänder och munhåla utan får hjälp när de behöver det. Den uppsökande verksamheten har betytt mycket för att öka omvårdnadspersonalens kunskaper om munvård.

Det kan vara svårt att borsta tänderna på någon som är dement och som absolut inte vill öppna munnen. Då behöver omvårdnadspersonalen få råd och instruktioner av tandvårdspersonalen om hur de skall göra. Det finns personal på boendena som anser att tandvårdspersonalen behöver mera kunskaper om bemötande av och förståelse för personer med demenssjukdom.

Tillsammans med Landstinget i Kalmar län gjorde Stockholms läns landsting en jämförande uppföljning av arbetet med munvård och uppsökande verksamhet på särskilda boenden för äldre [2].

I Kalmar län anser personalen på boendena i högre grad än i Stockholms län att munvården är en naturlig och självklar del av den dagliga munvården. I båda landstingen hinner personalen hjälpa de boende med munvården minst en gång per dag och för det mesta både morgon och kväll. Personalens kunskaper har ökat och den har blivit mera uppmärksam på munvården.

En skillnad mellan de båda landstingen är att i Kalmar riktar sig utbildningen till de särskilt utsedda munvårdsombuden, medan den i Stockholm riktar sig till samtlig omvårdnadspersonal. Nästan alla munvårdsombud i Kalmar har deltagit i utbildningen medan knappt två tredjedelar av all personal i Stockholm har gjort det. Arbetsledarna i de båda landstingen har uppfattningen att omvårdnadspersonalen följer med tandvårdspersonalen vid munhälsobedömningarna i större utsträckning än vad omvårdnadspersonalen i själva verket gör. I Stockholm är personalen med ibland men oftast inte. I Kalmar är munvårdsombudet eller kontaktpersonen alltid med.

Stockholms läns landsting har också följt upp arbetet med munvård och uppsökande verksamhet på särskilda boenden för LSS [3]. Uppföljningen genomfördes med djupintervjuer av enhetschefer och omvårdnadspersonal.

Resultatet visade att den uppsökande verksamheten är mindre känd för personalen på särskilda boenden för LSS jämfört med särskilda boenden för äldre. De som bor på LSS-boendena kallas ofta och regelbundet till tandläkare eller tandhygienist utan föregående munhälsobedömning, vilket inte generellt är fallet för äldre på särskilda boenden. Regelbundna tandvårds-kontakter innebär att både omvårdnadspersonal och föräldrar/anhöriga anser att de får kontinuerlig information om hur den dagliga munvården skall skötas. Den personliga integriteten är mycket viktig och den får aldrig kränkas, anser omvårdnadspersonalen. Många skulle behöva hjälp med den dagliga munvården, men den som inte vill kan inte tvingas av personalen. Det är också kränkande att försöka hjälpa någon som inte själv tycker sig behöva en viss hjälp, t.ex. med att borsta tänderna.

LSS:s mål och syfte genomsyrar verksamheten. Enligt lagens mål skall brukarna kunna delta i samhällslivet och leva som andra. När uppsökande tandvårdspersonal kommer till brukarna istället för tvärtom, kan det upplevas som något som inte rimmar med denna målsättning.

Landstinget Sörmland

Landstinget Sörmland har följt upp uppsökande verksamhet och munvård på särskilda boenden för äldre [4]. Arbetsledare och omvårdnadspersonal fick besvara en enkät. Den dagliga munvården fungerar i de flesta fall på ett bra sätt. Personalen uppger att man för det mesta har tid att hjälpa till med munvården men omvårdnadspersonalen är inte med vid munhälsobedömningarna i önskvärd omfattning. När det gäller genomförandet av munhälsobedömningarna, uppfattar personalen att dessa ibland går för fort och att de boende inte ges tillräckligt med tid. En del synpunkter som kommer fram i uppföljningen tyder på att syftet med munhälsobedömningarna inte är tydligt för all personal inom äldreomsorgen.

En stor del av personalen har deltagit i munvårdutbildningarna och de flesta tycker att de har haft stor eller ganska stor nytta av utbildningen. En majoritet av personalen anser att utbildningen bör genomföras minst vartannat år. Samarbetet med tandvårdspersonalen fungerar i allmänhet tillfredsställande men för att underlätta planeringen för personalen på boendena, verkar det finnas behov av bättre kontakter och information inför besöken för munhälsobedömning.

Landstinget Östergötland

Landstinget i Östergötland har tillsammans med Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping gjort en studie med syftet att finna en lätthanterlig metod för kontinuerlig uppföljning och utvärdering av munhälsorelaterad livskvalitet hos sköra äldre [5]. Målsättningen är att metoden, i kombination med de kliniska munhälsobedömningarna, skall kunna användas för utvärdering av tandvårdsinsatser, exempelvis inom det reformerade tandvårdsstödet.

Från 13 strategiskt utvalda äldreboenden i Jönköpings och Östergötlands landsting tillfrågades 323 personer om deltagande i studien. Munhälsorelaterad livskvalitet mättes med frågeformulären OHIP49 och OHIP14. Frågeformulären besvarades av 123 personer. I flertalet fall hjälpte vårdpersonalen till med att fylla i enkäten, vissa av deltagarna hade anhöriga till hjälp och ett fåtal fyllde i själva. Munhälsan bedömdes med hjälp av kliniska data, registrerade vid rutinmässiga munhälsobedömningar.

Resultatet av studien visar att inget av frågeformulären bedöms vara lämpliga för löpande uppföljning av munhälsorelaterad livskvalitet i gruppen sköra äldre. Såväl den munhälsorelaterade livskvaliteten som munhälsan är relativt god i den studerade gruppen. Studien visar att kliniska bedömningar och mätningar av självrapporterad munhälsorelaterad livskvalitet kompletterar varandra.

Landstinget i Kalmar län

Landstinget i Kalmar län har följt upp munvården för äldre och funktionshindrade personer [6]. Sammanlagt 423 munvårdsombud besvarade enkäten. Nästan två tredjedelar uppger att munvården har en naturlig och självklar plats i den dagliga vården. Munvården fungerar endast av och till, uppger en dryg tredjedel. Detta beror inte på att vårdpersonalens insatser har varit otillräckliga. Problemet är i stället att den boende inte alltid vill eller orkar ta emot den hjälp som omvårdnadspersonalen är beredd att ge.

Utbildningarna som genomförts uppskattas och hälften av de tillfrågade anser att de har varit mycket bra. I kommentarerna framkommer det att utbildningarna gjort att munvårdsombuden blivit mera observanta på munvården. Självförtroendet har ökat och de vågar säga till sina kollegor när de ser att något behöver göras.

Ytterligare en uppföljning av munvård och uppsökande verksamhet för äldre och funktionshindrade personer [7] har genomförts i Landstinget i Kalmar län. Den genomfördes med enkäter till munvårdsombud och enhetschefer samt med djupintervjuer med olika personalkategorier i kommunernas särskilda boenden.

Resultaten visar att personalen i kommunerna anser att munvård är viktigt och att det har blivit skillnad i munvården sedan tandvårdsreformen trädde i kraft. Av de tillfrågade uppger över 80 procent att munvården är en naturlig och självklar del av omvårdnadsarbetet men att det kan uppstå svårigheter beroende på den boendes hälsotillstånd. De uppger att det är tidskrävande med munvård när de boende har egna tänder. I enkätsvaren uppger 92 procent att de har tid att hjälpa de boende med munvården minst en gång per dag.

I de flesta fall är det munvårdsombudet som informerar om förmånen att få en munhälsobedömning när någon flyttar in på boendet. Det är också munvårdsombudet som kontaktar tandvården när någon har tackat ja till munhälsobedömningen. De boende och deras anhöriga är positivt inställda till förmånen men ibland förkommer det att en del tackar nej till erbjudandet för att de kanske inte riktigt har förstått vad det innebär. Enhetscheferna säger i intervjuerna att det har blivit mer allvar i munvårdsarbetet i och med att utbildningarna gjort att kunskapen och motivationen har höjts. Omvård-

nadspersonalen säger att de har lärt sig att se munvården i ett bredare perspektiv.

I en rapport från år 2005 presenterade Landstinget i Kalmar län tillsammans med Äldrecentrum Sydost en uppföljning av munvård och uppsökande verksamhet i ordinärt boende [8]. Studien genomfördes med muntliga intervjuer av distriktssköterskor och omsorgspersonal inom kommunernas hemtjänst.

Resultaten visar att den uppsökande verksamheten med munhälsobedömning för dem som bor i ordinärt boende inte fungerar lika bra som för dem som bor i kommunernas särskilda boenden. I intervjuerna framkommer att det inte finns några rutiner för den uppsökande verksamheten med munhälsobedömning eller för att utfärda tandvårdsstödsintyg till de personer som bor i ordinärt boende. Anledningen till detta, enligt omsorgspersonalen i hemtjänsten, är bl.a. att många omsorgstagare inte har hjälp med skötseln av sin munvård eller att man inte prioriterar detta område på grund av ökat vårdtryck, tidsbrist och uppfattningen att omsorgstagarna skall sköta mera själva. Omsorgspersonalen säger att munvård ingår i deras arbete och att den utförs om och när de får tillåtelse av omsorgstagarna. En annan avgörande orsak till att personalen inte får hjälpa till med munvården är att de som har omsorgsinsatser endast tar emot den hjälp de själva vill ha eftersom de befinner sig i sitt eget hem. Omsorgspersonalen är gäst och kan då inte tvinga någon att få hjälp med munvården.

I förbättringsförslagen påpekar de intervjuade bl.a. att munvården borde vara en given punkt vid vårdplaneringen kring omsorgstagaren. Omsorgspersonalen har önskemål om att få munvårdsombud i hemtjänsten likt organisationen inom särskilt boende.

Landstinget Dalarna

Landstinget Dalarna har gjort en enkätundersökning med syftet att se hur tandhygienister i folktandvården Dalarna och vårdpersonal på kommunala boenden ser på den uppsökande verksamheten [9]. Tre olika enkäter användes. Enhetschefer, sjuksköterskor, vårdpersonal och tandhygienister besvarade enkäterna.

Resultatet visade att utbildning är viktigt för att vårdpersonalen skall klara munvårdsarbetet. Hälften av de tillfrågade hade deltagit i sådan utbildning under de senaste fem åren. De som inte hade gått någon munvårdsutbildning angav i 82 procent av fallen att de aldrig erbjudits någon sådan. De som hade fått munvårdsutbildning var till övervägande delen positiva till den, och menade att deras munvårdsarbete hade förbättrats efter kursen. Enhetschefer och sjuksköterskor var alla mycket positiva till munvårdsutbildningen för vårdpersonalen. Samarbetet mellan vårdpersonal och tandvårdspersonal upplevdes av de flesta som fungerande eller väl fungerande.

Landstinget Gävleborg

Landstinget Gävleborg har under år 2005 skickat enkäter till chefer och vårdpersonal i kommunerna samt till tandhygienister med frågor om den uppsökande verksamheten. Materialet är fortfarande under bearbetning varför något resultat ännu inte finns att presentera.

Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns landsting presenterar i en rapport resultatet av uppsökande verksamhet [10]. Ca 81 procent av personkretsen fick en munhälsobedömning under 2004. Två tredjedelar var kvinnor. Under år 2004 har 620 anställda inom kommunal vård och omsorg fått grupputbildning i munvård.

Från år 1997 till år 2004 har andelen uppsökta med enbart egna fastsittande naturliga tänder ökat från 33 procent till 44 procent. Andelen helt tandlösa med löständer har minskat från 55 procent till 45 procent. Även antalet personer med tandimplantat har ökat.

Knappt 60 procent får hjälp med sin munhygien. Uppgifterna från munhälsobedömningarna visar också att vårdbehoven är måttliga och överensstämmer med normalbefolkningens vårdbehov trots att de undersöktas medianålder ökat under åren. Fler har fastsittande naturliga tänder som kräver mer omvårdnad och tandvård än löständer samt drabbas i högre grad av muntorrhet. En förklaring till de i sammanhanget relativt måttliga vårdbehoven kan vara förekomsten av uppsökande munhälsobedömning, att den förekommit under många år samt ökad medvetenhet bland omvårdnadspersonal om vikten av munvård för långvarigt sjuka och funktionshindrade.

Norrbottens läns landsting

Norrbottens läns landsting redovisar resultatet av den uppsökande verksamheten för äldre och funktionshindrade för år 2004 i en rapport från Folk tandvården i Norrbotten [11]. En stor del av de i kommunernas särskilda boenden tackar ja till erbjudande om munhälsobedömning. Uppsökande munhälsobedömning hos individer i eget boende förekommer i mycket liten omfattning. Folk tandvården har bara i enstaka fall fått information om individer som erbjudits och tackat ja till bedömning.

Även i boenden för LSS är antalet uppsökta litet. Inte heller för dessa patienter får tandvården besked om huruvida patienter har fått och accepterat erbjudandet. Förklaringen kan dels vara att många patienter deltar i daglig verksamhet och inte finns i bostaden under dagtid, dels att det finns synpunkter från vårdgivarna om att den särbehandling som uppsökandet innebär, motverkar rehabilitering och anpassning till samhället.

Medianåldern för samtliga som fått munhälsobedömning var 83 år, medelåldern var drygt 80 år. Två tredjedelar av de uppsökta var kvinnor. Andelen helt tandlösa har minskat något sedan reformen trädde i kraft år 1999 och fortsätter att minska med ett par procent per år. Av de tandlösa hade 13 procent dålig tuggfunktion eller illa fungerande proteser och 3 procent hade stort vårdbehov vad gäller slemhinnor. Nio av tio gick inte regelbundet till tandläkaren.

Fyrtio procent hade i varierande omfattning egna tänder. Drygt 44 procent av individerna med egna tänder saknade regelbunden tandvård. Munhygien bedömdes som dålig hos 19 procent. Dålig munhygien var dubbelt så vanligt i gruppen som saknade regelbunden tandvårdskontakt. Hos 15 procent av de tandlösa och 56 procent av de med egna tänder upptäcktes behov av någon form av nödvändig tandvård.

Sedan den uppsökande verksamheten och utbildningen av vårdpersonal startade, har munhälsan hos de uppsökta förbättrats. Färre har dålig munhy-

gien och andelen med stora vårdbehov beroende på karies, tandlossning eller slemhinneförändringar har minskat. Förbättringstakten var stor första åren efter det att reformen trätt i kraft men har sedan mattats av något.

Referenser, bilaga 1

1. Stockholms läns landsting. 2003. Uppföljning av arbetet med munvård och uppsökande verksamhet. En enkät- och intervjustudie på särskilt boende för äldre.
2. Stockholms läns landsting 2003. En jämförande uppföljning av arbetet med munvård och uppsökande verksamhet i två landsting.
3. Stockholms läns landsting 2005. Uppföljning av arbetet med munvård och uppsökande verksamhet. En intervjustudie på särskilt boende för LSS.
4. Landstinget Sörmland 2005. Uppsökande verksamhet – munvård. Uppföljning av den uppsökande verksamheten på kommunernas särskilda boenden för äldre.
5. Landstinget i Östergötland 2004. Munhälsorelaterad livskvalitet hos sköra äldre.
6. Landstinget i Kalmar län 2002. Munvård för äldre och funktionshindrade personer – ett samarbete mellan kommun, landsting och privata vårdgivare.
7. Landstinget i Kalmar län 2003. Munvård och uppsökande verksamhet för äldre och funktionshindrade. Uppföljning av ett samarbete mellan kommun, landsting och privata vårdgivare i Kalmar län.
8. Landstinget i Kalmar län 2005. Munvård och uppsökande verksamhet för äldre och funktionshindrade personer i ordinärt boende. Intervjustudie inom hemtjänsten och primärvården i Kalmar län.
9. Landstinget Dalarna 2003. Enkätundersökning uppsökande tandvård i Dalarna.
10. Västerbottens läns landsting 2005. Uppsökande verksamhet i Västerbotten 1997–2004.
11. Folktandvården i Norrbottens läns landsting 2005. Uppsökande verksamhet för äldre och funktionshindrad.

Enkät till landstingens beställare

Underlag till webbversion

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2004

Personkretsen

1. Totalt antal berättigade personer år 2004 inom huvudmannaområdet.

Antalvarav kvinnor, antal..... varav män, antal.....

2. Hur har inventeringen av antalet berättigade gjorts dvs. vem har lämnat uppgifter?

Flera alternativ kan markeras

- | | |
|--|---|
| ☐ MAS | ☐ Läkare |
| ☐ Biståndsbedömare | ☐ Psykiatrihandläggare |
| ☐ LSS-handläggare | ☐ Beställarenhetens egen skattning |
| ☐ Enhetschefer | ☐ Annan, vem..... |
| ☐ Distriktssköterskor | |

3 a. Görs inventeringen årligen av totalt antal berättigade?

☐ Ja ☐ Nej

Om nej, vilket år gjordes den senaste inventeringen

3 b. Finns det system för att kontinuerligt fånga upp nytillkomna berättigade under löpande år?

☐ Ja ☐ Nej

3 c. Om ja, beskriv.....

Uppsökande verksamhet

4 a. Vilka grupper omfattades av upphandling 2004

N1	☐ Ja	☐ Nej
N2	☐ Ja	☐ Nej
N3	☐ Ja	☐ Nej
N4	☐ Ja	☐ Nej

4 b. Om nej, hur får berättigade en munhälsobedömning och ett erbjudande om nödvändig tandvård?

5 a. Ställs det krav på den som utför munhälsobedömningar och ger handledning/utbildning till omvårdnadspersonalen?

☐ Ja ☐ Nej

5 b. Om ja, vem gör vad?

	Munhälsobedömning	Handledn./utbildning
Tandläkare	☐	☐
Tandhygienist	☐	☐
Annan	☐	☐

5c. Om annan, vem.....

6. Finns det krav på att utförare av uppsökande verksamhet skall kunna erbjuda nödvändig tandvård?

☐ Ja ☐ Nej

7. Hur såg fördelningen ut mellan folktandvården och privattandvården avseende antal patienter och utbetald ersättning för uppsökande verksamhet?

	Antal	Belopp
Folktandvården		
Privata vårdgivare		
Annan		

8 a. Finns det uppgifter om hur många personer som tackade nej till erbjudandet om att få en munhälsobedömning?

☐ Ja ☐ Nej

8 b. Om ja, hur många?

Antalvarav kvinnor, antal..... varav män, antal.....

9. Ange de tre troligaste orsakerna till varför berättigade tackade nej till en munhälsobedömning.

.....

10. Samlas epidemiologiska uppgifter in om de individer som får en munhälsobedömning 2005 enligt de mått som tagits fram av den s.k. epi-gruppen?

☐ Ja ☐ Nej

11. Vilka är de tre mest positiva erfarenheterna hittills av uppsökande verksamhet?

.....

12. Vilka är de tre mest negativa erfarenheterna hittills av uppsökande verksamhet?

.....

13. Har ni som beställare genomfört egna uppföljningar och utvärderingar de senaste två åren som visar vilken "nytta" de berättigade haft av uppsökande verksamhet?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, bifoga som fil

Nödvändig tandvård

14. Hur såg fördelningen ut mellan folktandvården och privattandvården avseende antal patienter och utbetald ersättning för nödvändig tandvård 2004?

	Antal	Belopp
Folktandvården		
Privata vårdgivare		
Annan		

15 a. Finns det svårigheter att få vårdgivare att utföra den nödvändiga tandvården?

Inom folktandvården ☐ Ja ☐ Nej
Inom privattandvården ☐ Ja ☐ Nej

15 b. Om ja, ange troliga orsaker.....

16 a. Finns uppgifter om behandlingspanoramat dvs. vilka åtgärder som utförts inom nödvändig tandvård.

Från folktandvården	☐ Ja	☐ Nej
Från privattandvården	☐ Ja	☐ Nej

Om ja, bifoga som fil

16 b. Om ja, kan uppdelning av utförda åtgärder göras på kvinnor respektive män?

Från folktandvården	☐ Ja	☐ Nej
Från privattandvården	☐ Ja	☐ Nej

17. Krävs förhandsbedömning av all nödvändig tandvård?

☐ Ja ☐ Nej

17 b. Om nej, vilka åtgärder eller belopp behöver inte förhandsbedömas?
.....

18. Behandlingsförslag 2004

a. Antal insända?

b. Därav antal kompletterade?.....

c. Antal godkända utan ändring?.....

d. Antal godkända efter ändring?.....

e. Antal avslagna (räkna inte med avslag pga. att personen inte tillhör personkretsen)?

19. Vilka är de tre mest positiva erfarenheterna hittills av verksamheten med nödvändig tandvård?
.....

20. Vilka är de tre mest negativa erfarenheterna hittills av verksamheten med nödvändig tandvård?

.....

21. Har ni som beställare genomfört egna uppföljningar och utvärderingar avseende nödvändig tandvård de senaste två åren?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, bifoga som fil

Samverkan/samarbete med kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården

22 a. Hur tycker ni sammantaget att samverkan/samarbetet fungerar med?

Markera ett alternativ för varje verksamhet

**Äldreomsorgen
särskilt boende**

☐ Mycket bra
☐ Bra
☐ Ganska bra
☐ Mindre bra
☐ Dåligt

**Äldreomsorgen
ordinärt boende**

☐ Mycket bra
☐ Bra
☐ Ganska bra
☐ Mindre bra
☐ Dåligt

22 a 1 På vilket sätt kan samarbetet/samverkan förbättras?

.....

22 b. Hur tycker ni sammantaget att samverkan/samarbetet fungerar med?

Markera ett alternativ för varje verksamhet

**Handikappomsorgen, LSS
särskilt boende**

☐ Mycket bra
☐ Bra
☐ Ganska bra
☐ Mindre bra
☐ Dåligt

**Handikappomsorgen, LSS
ordinärt boende**

☐ Mycket bra
☐ Bra
☐ Ganska bra
☐ Mindre bra
☐ Dåligt

22 b. 1 På vilket sätt kan samarbetet/samverkan förbättras?

.....

22 c. Hur tycker ni sammantaget att samverkan/samarbetet fungerar med?

Markera ett alternativ för varje verksamhet

Psykiatrin

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Ganska bra
- ☐ Mindre bra
- ☐ Dåligt

Primärvården

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Ganska bra
- ☐ Mindre bra
- ☐ Dåligt

22 c. 1 På vilket sätt kan samarbetet/samverkan förbättras med psykiatrin?

.....

22 c. 2 På vilket sätt kan samarbetet/samverkan förbättras med primärvården?

.....

22 c. Eventuella kommentarer

.....

23 a. Hur formaliserat är samarbetet med?

Flera alternativ kan markeras för varje verksamhet

Äldreomsorgen

särskilt boende

- ☐ Skriftlig överenskommelse
- ☐ Kontaktpersoner
- ☐ Munvårdsombud
- ☐ Annat

Äldreomsorgen

ordinärt boende

- ☐ Skriftlig överenskommelse
- ☐ Kontaktpersoner
- ☐ Munvårdsombud
- ☐ Annat

23 a 1 Om annat, vad:

.....

23 b. Hur formaliserat är samarbetet med?

Flera alternativ kan markeras för varje verksamhet

Handikappomsorgen, LSS

särskilt boende

- ☐ Skriftlig överenskommelse
- ☐ Kontaktpersoner
- ☐ Munvårdsombud
- ☐ Annat

Handikappomsorgen, LSS

ordinärt boende

- ☐ Skriftlig överenskommelse
- ☐ Kontaktpersoner
- ☐ Munvårdsombud
- ☐ Annat,

23 b 1 Om annat, vad:

.....

23 c. Hur formaliserat är samarbetet med?

Flera alternativ kan markeras för varje verksamhet

Psykiatrin

- ☐ Skriftlig överenskommelse
☐ Kontaktpersoner
☐ Munvårdsombud
☐ Annat

Primärvården

- ☐ Skriftlig överenskommelse
☐ Kontaktpersoner
☐ Munvårdsombud
☐ Annat

23 c 1 Om annat, vad:

.....

23 c 2. Eventuella kommentarer:

.....

24. Återrapporterar ni till kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården hur den uppsökande verksamheten fungerar och vilka resultat som uppnått avseende verksamheterna?

Äldreomsorgen, särskilt boende
Äldreomsorgen, ordinärt boende
Handikappomsorgen, LSS, särskilt boende
Handikappomsorgen, LSS, ordinärt boende
Psykiatrin
Primärvården

Ja Nej

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

24 a. Om ja, ange först verksamhet och därefter på vilket sätt:

.....

25 Återrapporterar ni till kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården hur den nödvändiga tandvården fungerar och vilka resultat som uppnått avseende verksamheterna?

Äldreomsorgen, särskilt boende
Äldreomsorgen, ordinärt boende
Handikappomsorgen, LSS, särskilt boende
Handikappomsorgen, LSS, ordinärt boende
Psykiatrin
Primärvården

Ja Nej

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

25 a. Om ja, ange först verksamhet och därefter på vilket sätt:

.....

26 a. Vem gör bedömningen av vem som är berättigad till nödvändig tandvård?

Ange vilka personalkategorier som kan förekomma för varje verksamhet (tag med om ni som beställare gör egna bedömningar).

.....

26 b. Vem utfärdar intygen?

☐ Den som gör bedömningen

☐ Beställaren

☐ Annan

26 c. Om annan vem:

.....

Övrigt

27. Ytterligare kommentarer som inte ryms i ovanstående frågor:

.....

Uppgiftslämnare:

Landsting:

Telefon:

e-post:

Enkät till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor

Underlag till webbversionen

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2004

Uppsökande verksamhet

1. Hur nöjd är Du med den uppsökande verksamhet som landstinget erbjuder?

Markera ett alternativ

- ☐ Mycket nöjd
- ☐ Nöjd
- ☐ Ganska nöjd
- ☐ Mindre nöjd
- ☐ Missnöjd
- ☐ Vet ej/ingen åsikt

Kommentarer.....

2. Anser Du att tandvårdspersonalen har tillräckliga kunskaper om äldre för att kunna genomföra uppsökande verksamhet?

- ☐ Ja ☐ Nej

Kommentarer.....

3. Anser Du att tandvårdspersonalen har tillräckliga kunskaper om funktionshindrade för att kunna genomföra uppsökande verksamhet?

- ☐ Ja ☐ Nej

Kommentarer.....

4. Vilken nytta anser Du att den uppsökande verksamheten har haft för munhälsan?

Markera ett alternativ

- ☐ Mycket stor nytta
- ☐ Ganska stor nytta
- ☐ Ganska liten nytta
- ☐ Ingen nytta alls
- ☐ Vet ej/ingen åsikt

Kommentarer.....

5. Anser Du att den munvårdsutbildning som tandvårdspersonalen givit har varit till nytta för omvårdnadspersonalen i deras arbete?

Markera ett alternativ

- ☐ Mycket stor nytta
- ☐ Ganska stor nytta
- ☐ Ganska liten nytta
- ☐ Ingen nytta alls
- ☐ Vet ej/ingen åsikt

Kommentarer.....

6. Vad tror Du är orsaken till att berättigade personer har tackat nej till erbjudandet om att få en munhälsobedömning utförd?

.....

7. Vilka är de tre mest positiva erfarenheterna hittills av uppsökande verksamhet?

8. Vilka är de tre mest negativa erfarenheterna hittills av uppsökande verksamhet?

9. Finns behovet av daglig munvård med i de individuella vårdplaner som upprättas?

- ☐ Ja ☐ Nej

Kommentarer.....

10. Finns behovet av nödvändig tandvård med i de individuella vårdplaner som upprättas?

☐ Ja ☐ Nej

Kommentarer.....

11. Genomför kommunen egna uppföljningar för att kvalitetssäkra arbetet med munvården?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv

Samverkan/samarbete med landstinget

12. Hur tycker Du att samverkan/samarbetet fungerar med landstinget avseende frågor kring den uppsökande verksamheten, utfärdande av intyg för nödvändig tandvård m.m.?

Markera ett alternativ.

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Ganska bra
- ☐ Mindre bra
- ☐ Dåligt
- ☐ Vet ej/Ingen åsikt

Kommentarer.....

13. På vilket sätt kan samverkan/samarbetet förbättras?

.....

14. Återrapporterar landstinget till kommunen hur den uppsökande verksamheten fungerar och vilka resultat som uppnåtts?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, på vilket sätt.....

Nödvändig tandvård

15. Upplever Du att det kan vara svårt att få tag i en tandläkare eller tandhygienist när någon berättigad behöver hjälp med tandvården?

Markera ett alternativ

- ☐ Det är aldrig svårt
- ☐ Ibland är det svårt
- ☐ Det är alltid svårt
- ☐ Vet ej/Ingen åsikt

Kommentarer.....

Övrigt

16. Anser Du att någon av de berättigade grupperna missgynnas avseende möjligheterna att kunna ta del av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård?

Äldreomsorgen, särskilt boende ☐ Ja ☐ Nej

Äldreomsorgen, ordinärt boende ☐ Ja ☐ Nej

Funktionshindrade, LSS, särskilt boende ☐ Ja ☐ Nej

Funktionshindrade, LSS, ordinärt boende ☐ Ja ☐ Nej

Psykiskt funktionshindrade ☐ Ja ☐ Nej

Kommentarer.....

17. Ytterligare kommentarer som inte ryms i ovanstående frågor:

.....

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, namn:

Kommun/stadsdel:

Postnummer:

Telefon inkl. riktnummer

e-post:

Grupparbetsfrågor vid konferens för landstingens beställare

1. Ställer vi för låga krav på tandvårdspersonalens kunskaper och kompetens avseende uppsökande verksamhet? Om ja – vad skall vi göra?
2. Hur kan årliga inventeringar av personkretsen göras på ett bra sätt? Hur kan nytillkomna personer fångas upp på ett bra sätt under löpande år?
3. Hur kan/skall uppföljningar av uppsökande verksamhet genomföras, vad bör ingå och när skall de genomföras? Hur kan/skall uppföljningar av nödvändig tandvård genomföras, vad bör ingå och när skal de genomföras?
4. Vad bör vi göra när folktandvården säger nej till att utföra den nödvändiga tandvården.
5. Ge konkreta förslag på hur vi skall gå till väga för att fler personer i personkretsen skall få uppsökande verksamhet?
6. Fördelar vi våra administrativa resurser på rätt sätt? Om nej – diskutera och föreslå hur resurserna bör fördelas och prioriteras mellan bedömning av behandlingsförslag, att följa upp verksamheten och att förbättra samarbetet med kommunerna, psykiatrin och primärvården.