

Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

Delrapport 2019

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-1-1

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2019

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2018 (S2017/07302/RS) i uppdrag att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov samt lämna förslag på hur samverkan kan förbättras.

Socialstyrelsen ska belysa hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer kan knytas samman där det finns beröringspunkter, hur hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kunskaper om orsakssambandet mellan munhälsa och allmän hälsa kan öka och hur hälso- och sjukvården ömsesidigt och inom respektive system kan bidra till utredning och behandling.

Socialstyrelsen ska i kommande slutrapport ge förslag på hur samverkan mellan de båda systemen kan förbättras. Föreliggande delrapport riktar sig till regeringen och ger en introduktion till området. Vidare syftar rapporten till att ge en bakgrund och en lägesbeskrivning av arbetet med uppdraget samt att redovisa aktuell kunskap om vilka hinder och lösningar tandvård och hälso- och sjukvård ser när det gäller samverkansproblematiken. Ett särskilt tack riktas till de verksamhetsföreträdare och referensgruppsdeltagare som bidragit med underlag och erfarenhetsutbyte.

Rapporten har tagits fram av utredarna Thomas Malm (projektledare) och Kristin Larsson. Elisabeth Wärnberg Gerdin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Uppdraget	9
Bakgrund till uppdraget	9
Syfte och frågeställningar, omfattning och avgränsningar	10
Delrapportens metod och material	12
Bakgrund	16
Problem med samverkan känt sedan tidigare	16
Bristande kunskap om munhälsa	21
Juridiska utgångspunkter för samverkan	22
Gemensam informationsstruktur	25
Jämlikhet och jämställdhet	27
Resultatredovisning	29
Samverkan tandvård och hälso- och sjukvård	29
Koppling munhälsa och allmän hälsa vanligast på tandvårdsutbildningarna	45
Litteratursökning samverkansproblematik	55
Avslutande diskussion	58
Sammanfattning	58
Hinder och föreslagna lösningar för samverkan från landstingen	59
Kompetens och kompetensutveckling	63
Socialstyrelsens fortsatta arbete	65
Referenser	66
Bilaga 1. Regeringsuppdraget samt förarbeten	69
Bilaga 2. Projektorganisation och referensgrupper	73
Bilaga 3. Litteratursökning	75
Referenser	87
Bilaga 4. Enkäter	93
Enkät region- och landstingsdirektörer	93
Enkät hälso- och sjukvårdsdirektörer	101
Enkät tandvårdsdirektörer	106
Enkät lärosäten	111

Sammanfattning

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet 2018 i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera de hinder som finns för en ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov, samt ge förslag på sätt att förbättra samverkan.

Socialstyrelsen ska i kartläggningen belysa hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer kan knytas samman där det finns beröringspunkter, t.ex. vad gäller processer, vårdkedjor och ekonomi. Vidare ska myndigheten belysa hur hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kunskaper om orsakssamband mellan munhälsa och allmän hälsa kan öka liksom hur hälso- och sjukvården och tandvården ömsesidigt och inom respektive system kan bidra till utredning och behandling.

I denna delrapport gör Socialstyrelsen en genomgång av problemområdet och diskuterar förutsättningar och hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, de juridiska förutsättningarna för samverkan och samverkan ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.

Socialstyrelsens undersökning visar att det finns flera hinder för samverkan.

- Utbildningarna som rör hälso- och sjukvårdsyrken tar i mycket lägre grad upp kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa än utbildningarna till tandläkare och tandhygienist.
- Inom tandvården är det vanligare med kompetensutveckling för att öka personalens kunskaper om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa jämfört med inom hälso- och sjukvården.
- Tandvård och hälso- och sjukvård uppfattar att bristande kunskaper om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är ett hinder.
- Tandvården och hälso- och sjukvården upplever att det brister i kunskapen om de olika tandvårdsstöden.
- Tandvården och i viss mån hälso- och sjukvården anser att det är ett hinder att tandvården inte bjuds in till de samverkansforum som finns.
- Tandvårdens och hälso- och sjukvårdens olika journalsystem uppfattas vara ett hinder.

Hälso- och sjukvården och tandvården är på regional nivå i stort sett överens om vilka hinder för samverkan som finns. De är även överens när det gäller inom vilka områden de behöver samverka mer. Det rör sig till exempel om patienter med diabetes, äldre personer, smärtpatienter, personer med åttstörningar och refluxsjukdom samt patienter med sömnapné.

Socialstyrelsens litteraturgenomgång visar att samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är ett område där det behövs mer forskning. Det finns inga studier som behandlar samverkan och hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i Sverige ur ett helhetsperspektiv. De juridiska förutsättningarna för samverkan är goda eftersom både tandvård och hälso- och sjukvård omfattas av patientdatalagen (2008:355) PDL. Därmed

finns inget uppenbart hinder för att vårdgivare ska kunna avtala om sammanhållen journalföring.

Problemet är snarare praktiskt eftersom tandvård och hälso- och sjukvård i hög utsträckning använder journalsystem som inte är kompatibla i struktur och innehåll. Vårdgivarna behöver också ta fram system som begränsar tillgången till information så att hälso- och sjukvård respektive tandvård endast får tillgång till de uppgifter de behöver.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns betydande skillnader mellan landstingen när det gäller hur väl olika e-tjänster och andra processer för samverkan är utbyggda. En väl utbyggd och fungerande samverkan är viktig ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Patienter som har ett behov av en fungerande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård ska ha en likvärdig möjlighet att ta del av en fungerande samverkan oavsett var i landet de bor och oavsett vilken diagnos eller tillstånd de har. Skillnader i praxis och sätt att arbeta kan leda till ojämlikhet när det gäller hur vårdkedjor och processer är uppbyggda. Därför är det viktigt med ett mer enhetligt sätt att organisera samverkan mellan de båda systemen.

En slutrapport innehållande förslag på åtgärder för att förbättra samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården ska avrapporteras till regeringen senast 31 oktober 2019.

Inledning

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2018 (S2017/07302/RS) fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera de hinder som finns för ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov samt lämna förslag på hur samverkan mellan de två systemen kan förbättras.

Socialstyrelsen ska belysa hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer kan knytas samman där det finns beröringspunkter, t.ex. vad gäller processer, vårdkedjor och ekonomi. Även effektivitetsvinster inom utbyte av e-tjänster inom systemen, t.ex. inom journalföring och receptförskrivning ska undersökas.

Vidare ska det belysas hur hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kunskaper om orsakssamband mellan munhälsa och allmän hälsa kan öka liksom hur hälso- och sjukvården och tandvården ömsesidigt och inom respektive system kan bidra till utredning och behandling (Prop. 2016/17:153).

Socialstyrelsen ska inhämta synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), tandvårdsbranschen och andra berörda aktörer. En utgångspunkt för uppdraget är att nuvarande ansvarsfördelning och finansiering ligger fast. De förbättringsmöjligheter som identifieras bör kunna ske inom nuvarande formella ramar. Socialstyrelsen ska redovisa kostnadsberäkningar för de förslag som lämnas samt beakta såväl jämställdhets- som jämlikhetsperspektivet i uppdraget.

Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 oktober 2019. Denna rapport är en delredovisning som enligt uppdraget ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 januari 2019.

Bakgrund till uppdraget

I utredningen *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76) konstateras att tandvård respektive hälso- och sjukvård regleras och styrs inom olika system samtidigt som sjukdomar i munnen kan påverka övriga delar av kroppen och vice versa. Följden blir att patienter riskerar att hamna i kläm på grund av bristande samordning. Genom en ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan ett bättre omhändertagande efter behov förväntas för dessa patienter.

Tandvården styrs av tandvårdslagen (1985:125), TL och definieras som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Organisatoriskt är tandvården uppdelad i offentliga och privata verksamheter. Omkring hälften av tandläkarna och tandhygienisterna är verksamma inom den privata sektorn [1]. Generellt utför den offentliga folktandvården merparten av barn- och ungdomstandvården medan privattandvården utför merparten av vuxentandvården. Det finns dock stora geografiska skillnader

när det gäller hur stor andel av patienterna som besöker den offentliga respektive den privata tandvården.

Hälso- och sjukvården styrs av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Hälso- och sjukvården är uppdelad i offentliga och privata verksamheter men till skillnad från tandvården är en betydligt högre andel av läkarna och sjuksköterskorna verksamma i den offentligfinansierade vården [1].

Av vikt i sammanhanget är också att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete slår fast att hälso- och sjukvård och tandvård ska ha processer och rutiner som säkerställer att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare.

Tandvården har till skillnad från hälso- och sjukvården ett ersättningssystem som innebär att patienten till stor del finansierar sin egen vård. Inom hälso- och sjukvården gäller att den enskilda vuxna patienten endast betalar avgift upp till ett högkostnadsskydd. Den övriga kostnaden för hälso- och sjukvården bärs av landstingen.

För tandvård finns det för den vuxna befolkningen dels ett statligt finansierat tandvårdsstöd, dels ett landstingsfinansierat stöd. Det statliga stödet ger ersättning vid höga kostnader men graden av egenfinansiering är ändå hög i jämförelse med hälso- och sjukvården. Inom det landstingsfinansierade stödet finns det ett särskilt stöd som riktar sig till personer som på grund av vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar löper ökad risk för sjukdomar i munnen. Tandvården till barn och unga är avgiftsfri till och med det år personen fyller 23 år.

I utredningen konstateras det också att det sannolikt finns brister i kontakterna mellan tandvård och hälso- och sjukvård och i kunskaperna på ömse håll om den andra delen. Därför anser utredningen att det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning eftersom dagens uppdelning inte främjar den helhetssyn som gynnar patienterna och ett effektivt hälsofrämjande arbete (SOU 2015:76, s. 363).

Syfte och frågeställningar, omfattning och avgränsningar

Syfte och frågeställningar

Kartläggningens syfte är att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård som innebär att patienter som ligger i gränslandet mellan de båda områdena riskerar att drabbas. Aktuella områden är till exempel sjukdomar som diabetes där Socialstyrelsens nationella riktlinjer betonar vikten av samarbete med tandvården. Andra målgrupper där det finns tydliga samordningsvinster är funktionshindrade och äldre för vilka det redan nu är känt att det finns samverkansproblem som gör att patienter från dessa båda grupper riskerar att drabbas av bristande samverkan.

Socialstyrelsen ska komma med förslag på mål och åtgärder för att förbättra samverkan mellan de båda områdena. Myndigheten ska även beskriva hur kunskapen om orsakssambandet mellan munhälsa och allmän hälsa kan öka.

Den övergripande frågeställningen i kartläggningsuppdraget är: Vilka är hindren för ändamålsenlig samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården och hur kan dessa hinder avhjälpas?

Delfrågeställningarna som uppdraget ska besvara är de följande:

- Hur fungerar samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård idag?
- Vad finns det för hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i nuläget, legala hinder och andra typer av hinder?
- Vad finns det för lösningar på samverkansproblemen mellan hälso- och sjukvård och tandvård?
- Hur kan tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer knytas samman där det finns relevanta beröringspunkter för att förbättra vård och omhändertagande av patienter? T.ex. vad gäller vårdkedjor, e-tjänster och läkemedelsförskrivning?
- Hur kan hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kunskaper om orsaks-sambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa öka?
- Hur kan tandvården och hälso- och sjukvården inom respektive system bidra till förbättrad utredning och bättre omhändertagande av patienter?

Frågeställningarna gäller hela kartläggningsuppdraget och besvaras inte i sin helhet i föreliggande delrapport.

Kartläggningens avgränsningar

Socialstyrelsen ska i kartläggningen analysera hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården där det finns en tydlig ömsesidig nytta med samverkan för ett effektivt omhändertagande.

Detta innebär att kommunens hälso- och sjukvård ingår som en del i uppdraget, men avgränsningen att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård innebär att delar av tandvårdens samverkan med kommunerna ligger utanför uppdraget, eftersom den rör samverkan mellan tandvård och socialtjänst. Det gäller till exempel tandvårdens uppsökande verksamhet i äldreomsorgen och mycket av det arbete med munhälsobedömningar som genomförs i särskilda och ordinära boenden av kommunens omsorgspersonal.

Analysen ska innefatta hur de olika e-tjänster som utvecklats i hälso- och sjukvården kan integreras i tandvården. Det kan till exempel gälla journalföring och receptförskrivning och hur dessa kan kopplas ihop.

Kartläggningen av hur kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa kan öka i professionen inkluderar en enkätundersökning riktad till universitet och högskolor med utbildningar inom tandvård och hälso- och sjukvård. Enkätundersökningen omfattar endast legitimationsyrken.

Utgångspunkten för uppdraget är att nuvarande finansiering och ansvarsfördelning ska ligga fast. Förslag till förändringar bör enligt uppdraget ligga inom nuvarande formella ramar. Socialstyrelsen ska redovisa kostnadsberäkningar på de förslag till åtgärder som lämnas. Fokus för kartläggningen bör ligga på vuxentandvården eftersom det är där som de största samverkansproblemen finns (Prop. 2016/17:153, s. 41).

Myndigheten ska särskilt beakta jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet i uppdraget. Kartläggningen knyter an till Agenda 2030 genom mål 3. God

hälsa och välbefinnande, mål 5. Jämställdhet och mål 10. Minskad ojämlikhet.

Delrapportens syfte och disposition

I denna delrapport är syftet att ge en introduktion till området samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, samt ge en bakgrund och lägesbeskrivning av uppdraget. Vidare syftar rapporten till att ge aktuell kunskap om hur tandvård och hälso- och sjukvård arbetar med samverkan i dag och vilka hinder och lösningar landsting och regioner ser på samverkansproblematiken. Delrapporten innehåller fyra olika avsnitt:

1. Ett inledningsavsnitt som beskriver uppdraget, syfte och frågeställningar samt avgränsningar
2. Ett introduktionsavsnitt som diskuterar problemet med samverkan och brister i kunskap, en juridisk översikt samt samverkan ur en jämlikhets- och jämställdhetsaspekt
3. Ett resultatavsnitt som innehåller följande redovisningar:
 - en resultatredovisning av en sammanställning av en litteratursökning som fokuserar på studier om förutsättningar för och hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård
 - en resultatredovisning av en enkätundersökning som var riktad till landsting och regioner om deras arbete med samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård och utvecklande av gemensamma e-tjänster. Denna enkät kompletteras med en sammanställning och analys av styrdokument från landsting och regioner som behandlar samverkan mellan de båda systemen. Socialstyrelsen har även vänt sig till Privattandläkarna och Praktikertjänst med frågor om deras arbete med samverkansfrågor i denna del
 - en resultatredovisning av en enkätundersökning som var riktad till universitet och högskolor med utbildningar inom tandvård och hälso- och sjukvård om utbildningarnas upplägg ur ett samverkansperspektiv.
4. Ett avslutande diskussionsavsnitt som knyter samman ovanstående sammanställningars resultat när det gäller hinder för samverkan och bristande kunskaper om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Delrapportens metod och material

Socialstyrelsen fick i uppdrag att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i regleringsbrevet för 2018. Tabellen nedan beskriver vilka insamlingar som genomförts under 2018 för att besvara uppdragets frågeställningar (tabell 1).

Tabell 1. Översikt kartläggningens frågeställningar och genomförande

Frågeställningar	Genomförande	Insamlingsperiod
Vilket är det aktuella kunskapsläget inom området samverkan tandvård och hälso- och sjukvård?	Litteratursökning i aktuella databaser	Mars 2018
Hur ser förutsättningarna för samverkan ut med utgångspunkt i styrdokument?	Förfrågan riktlinjer och styrdokument landsting och regioner	April 2018
Hur inkluderas kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa i utbildningar inom tandvård och hälso- och sjukvård?	Förfrågan till lärosätena som bedriver utbildning till läkare, tandläkare, tandhygienist, sjuksköterska och logoped om att få tillgång till aktuella kursplaner	Maj 2018
Hur ser samverkan ut i dagsläget? Finns sammankopplade e-tjänster? Finns gemensam fortbildning?	Enkät till landstingsdirektörer	Augusti 2018
Behov av samverkan? Hinder för samverkan och förslag på lösningar? Gemensam fortbildning? Utveckling av e-tjänster?	Enkät till tandvårdsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer	Augusti 2018
Innehåller utbildningarna moment som behandlar kopplingen allmän hälsa och munhälsa? Finns planer på att införa denna typ av utbildningsmoment?	Enkät till lärosäten	Augusti 2018

Socialstyrelsen ska vidare enligt regeringsuppdraget inhämta synpunkter från SKL, tandvårdsbranschen och andra relevanta aktörer. Myndigheten har med detta i åtanke organiserat tre olika referensgrupper med företrädare för myndigheter, branschorganisationer inklusive SKL samt patient- och brukarorganisationer.

Referensgrupperna har haft två möten under 2018, där Socialstyrelsen informerat om arbetet i uppdraget och bett om synpunkter på utkast till enkäter och delrapport. Medlemmarna i referensgrupperna har lämnat värdefulla synpunkter i såväl skriftlig som muntlig form till projektgruppen. Referensgrupperna kommer även att vara involverade i det fortsatta arbetet. Se bilaga 2 för en förteckning över vilka myndigheter och organisationer som är representerade i referensgrupperna.

Litteratursökning om samverkan tandvård och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har tagit fram en sammanställning av forskning och litteratur inom området samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård för att skapa en bild av kunskapsläget inom området. Sammanställningen bygger på en litteratursökning som genomfördes av Socialstyrelsens informations-specialister i samråd med projektgruppen i databaserna Artikelsök, PubMed, Cinahl, DOSS, Social Policy and Practice, Joanna Briggs EBP och SwePub i

mars 2018. Sökningen syftade till att hitta forskningsartiklar och systematiska översikter som behandlar samverkan och hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Vid en initial sökning framkom att det finns en mycket begränsad mängd svenska vetenskapliga studier som behandlar uppdragets intresseområde, varför litteratursökningen även innefattar internationell forskning.

För att fånga upp så mycket som möjligt av den tillgängliga litteraturen gjordes en bred sökning. Därefter tematiserades materialet efter de vanligaste frågeställningarna. I bilaga 3 ges en mer utförlig beskrivning av hur litteratursökningen genomfördes och hur materialet granskades och gallrades.

Enkätundersökning landsting och regioner och Praktikertjänst

För att kartlägga vilka erfarenheter landsting och regioner har av samverkan och hinder för samverkan samt eventuella lösningar på samverkansproblem mellan hälso- och sjukvård och tandvård har Socialstyrelsen genomfört en enkätundersökning som var riktad till samtliga landsting och regioner. Enkätundersökningen delades upp i tre delenkäter som riktades till landstingsdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören och tandvårdsdirektören (motsvarande) i samtliga regioner och landsting vilket innebär sammanlagt 63 enkäter.

Vidare kontaktade Socialstyrelsen Privattandläkarna och Praktikertjänst särskilt och bad dem fylla i ett frågeformulär för att få del av deras erfarenheter av hinder för samverkan och förslag på lösningar på samverkansproblematiken

För att undersöka hur förutsättningarna för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård ser ut i dagsläget har Socialstyrelsen vidare genomfört en strukturerad insamling av styrdokument som berör samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård och hur denna ska fungera. Insamlingen genomfördes under våren 2018 och riktade sig till samtliga landsting och regioner. De inskickade styrdokumentet tematiserades sedan efter ämnesområde och analyserades ur ett samverkansperspektiv.

Enkätundersökning universitet och högskolor

Socialstyrelsen ska belysa hur hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kunskaper om orsakssambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa kan öka samt hur tandvården och hälso- och sjukvården inom respektive system kan bidra till utredning och omhändertagande.

För att undersöka denna aspekt har myndigheten genomfört en enkätundersökning som var riktad till de lärosäten som bedriver utbildning till läkare, tandläkare, sjuksköterska, tandhygienist och logoped med frågor om de har, eller planerar att, införa utbildningsmoment som inbegriper samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Enkätundersökningen fokuserade på legitimationsyrken vilket innebär att utbildningarna till tandsköterska och undersköterska inte inkluderades.

Som ett komplement till enkätundersökningen till lärosätena har Socialstyrelsen också studerat på vilket sätt kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa inkluderas i utbildningarna till tandläkare, läkare, sjuksköterska, tandhygienist och logoped. Myndigheten bad våren 2018 de lärosäten som bedriver någon eller några av de aktuella utbildningarna att skicka in aktuella

kursplaner på utbildningarna i fråga. Därefter har kursplanernas innehåll analyserats utifrån ett samverkansperspektiv.

Bakgrund

Problem med samverkan känt sedan tidigare

Inom ramen för kartläggningen av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen gått igenom tidigare rapporter och utvärderingar som tangerar samverkansproblem inom svensk hälso- och sjukvård och tandvård. Flera av dessa rapporter och utvärderingar behandlar olika landstingsfinansierade tandvårdsstöd som regleras av tandvårdsförordningen (1998:1338) och problem med tillämpningen av dessa. De patientgrupper som omfattas av tandvårdsstöden utgörs till stor del av patienter som är i stort behov av en fungerande samverkan.

Det rör sig bland annat om långvarigt sjuka och funktionshindrade vilka har rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift förutsatt att de uppfyller de kriterier som krävs för att omfattas av stödet, patienter som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, patienter som behöver oralkirurgisk behandling och patienter som har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård (t.ex. personer som omfattas av LSS – lagen om stöd och service till funktionshindrade).

Delar av dessa samverkansproblem hamnar dock utanför denna kartläggning eftersom de berör samverkansproblematik mellan tandvården och kommunens socialtjänst. Samverkansproblem som omfattar den kommunala hälso- och sjukvården ingår däremot i uppdraget. En utvärdering av de landstingsfinansierade tandvårdsstöden och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB) genomfördes av Socialstyrelsen 2016–2018 och redovisades i december 2018 [2].

Värdet av ökad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård tas upp i förarbetena till 2013 års tandvårdsreform där man i *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning* (Ds 2010:42) resonerar om att patienterna som är aktuella för reformen till stor del rör sig i gränslandet mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Man ser att ett närmande mellan de båda områdena skulle vara positivt, och inte bara för de patienter som omfattas av den kommande reformen. I 2013 års tandvårdsreform infördes det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB) som riktar sig till personer som har en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa, och det landstingsfinansierade stödet tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöden som regleras av tandvårdsförordningen (1998:1338) och tandvårdsbidraget STB visar på stora svårigheter när det gäller tillämpningen av de olika tandvårdsstöden. Till svårigheterna hör bristande kunskap om munhälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom omsorgen. Andra svårigheter är att stöden är underutnyttjade på grund av krånglig administration och låg kunskap om stöden i målgrupperna. Att kunskapen om stöden är låg i målgrupperna hör samman

med att det brister i informationen om stöden vilket gör att målgrupperna inte är medvetna om att de finns. Sist men inte minst är bristande samverkan mellan tandvård, hälso- och sjukvård och kommunal omsorg ett betydande problem [3].

Denna bild bekräftas i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som konstaterar att de olika tandvårdsstöden som är riktade till äldre inte fungerar optimalt på grund av brister i samverkan mellan landsting, tandvård och kommun [4].

Problem med bristande samverkan mellan olika domäner kan leda till sämre vård och att ansvar för samordning och koordinering läggs på den enskilda patienten eller dennas närstående. I en rapport från Vårdanalys konstateras att en av de stora utmaningarna för vården, omsorgen och socialtjänsten är att samordna insatserna för patienter och brukare. Enligt Vårdanalys beräkningar kan det vara omkring en miljon individer i Sverige som har flera samtidiga behov samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. De olika verksamheterna inom vård och omsorg är dock till stor del organiserade för att möta patienter och brukare med mer avgränsade behov [5].

Vårdanalys konstaterar att behovet av samordning kommer att öka beroende på att gruppen patienter och brukare med komplexa behov växer. Det rör sig bland annat om den ökande gruppen äldre där en majoritet av personerna över 65 år har en eller flera kroniska sjukdomar. I nuläget saknas dock förutsättningar för att personal inom vård och omsorg ska arbeta mer samordnat. Professionerna agerar i ett komplext system med olika organisationer och olika typer av styrning som lyder under olika lagstiftning.

Vårdanalys identifierar fyra förutsättningar som vård- och omsorgssystemet behöver uppfylla för att en mer samordnad vård och omsorg ska uppnås:

- En patient- och brukarcentrerad organisationskultur som arbetar för en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg.
- Systemövergripande lagar, policyer och riktlinjer som ger förutsättningar för samordning.
- Samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränser.
- Administrativa system som underlättar samordning [5].

Den mest komplexa formen av samordning uppstår enligt Vårdanalys när olika huvudmän och domäner som till exempel hälso- och sjukvård och tandvård är involverade eftersom de till del styrs av olika lagstiftning vilket försvårar informationsöverföring. Samverkan mellan kommun och landsting kompliceras också av att de styrs av olika politiska ledningar och har olika skatter och avgifter. Vidare kan ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun vara oklar vilket ytterligare försvårar samordning. Vårdanalys rapport behandlar samverkansproblematiken på ett generellt plan som även inkluderar socialtjänsten, men resonemangen och slutsatserna är i högsta grad relevanta för Socialstyrelsens kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Vårdanalys identifierar följande punkter där vård- och omsorgssystemet har betydande utmaningar:

- Det saknas kunskap om vad samordning innebär och vad en enskild profession gemensamt med andra professioner uppnår med samordning.
- Ledarskap och styrning brister i samordningsfrågorna. Verksamhetschefer upplever att det är svårt att leda och styra mot en förbättrad samordning.
- Kommuner och landsting har svårt att få till samverkansavtal som ger verklig effekt för patienter och brukare. Avtal tenderar till exempel att ha fokus på att dela upp ansvar snarare än på att förbättra samordningen. Detta leder till att det uppstår gråzoner. Dessutom saknas ofta representanter för patienter och brukare när överenskommelsen görs.
- Vårdplaner och samordnade planer tenderar idag att ses som en pappersprodukt snarare än som en fungerande plan för samordning.
- Primärvården har inte tillräckliga förutsättningar för att ta den samordnande roll av vårdinsatserna som den förväntas ha.
- Finansieringssystemet skapar inte tillräckliga incitament till samordning. Till exempel ersätter inte de flesta ersättningssystemen specifikt för samordningsinsatser varför denna typ av insats riskerar att prioriteras ned.
- Den nuvarande informationsstrukturen i IT-stöden ger inte tillräckliga förutsättningar för samordning. Information om patienter och brukare lagras sällan på ett sådant sätt att det är lätt för andra att använda sig av informationen. Den befintliga lagstiftningen förhindrar också att information delas mellan landsting och kommun [5].

Den näst sista punkten, bristande incitament i finansieringssystemet, är hög-aktuell när det gäller hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Den höga graden av egenfinansiering i tandvården gör som tidigare nämnts att personal i hälso- och sjukvården kan tveka att konsultera tandvården eftersom det leder till kostnader för patienten (SOU 2015:76, s. 362).

Samtidigt som värdet av en mer samordnad vård och omsorg har diskuterats under en relativt lång tid och det har tagits en mängd initiativ för att förbättra samordningen inom vård och omsorg konstaterar Vårdanalys att det saknas kunskap om ifall de olika initiativen faktiskt leder till förbättrad samordning ur individens perspektiv [6].

Samordning utgår enligt Vårdanalys ofta från professionen eller organisationen och det saknas en definition på vad det innebär att vård och omsorg är samordnad på ett ändamålsenligt sätt. Vårdanalys utgår istället från patienten/brukaren i sin definition av samordnad vård och omsorg vilket innebär att vården och omsorgen är samordnad när alla aktiviteter kring individen är samordnade och ingår i en fungerande helhet runt individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna [6].

Vårdanalys undersöker elva olika samordningsinitiativ och finner att det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg utifrån ett samordnings- och brukarperspektiv. Istället ligger fokus i de olika samordningsinitiativen på processer och strukturer. Man finner också att professionell samordning för patienter och brukare med komplexa behov leder till goda resultat men också att det finns stora hinder för informationsöverföring. Till en del beror det på lagstiftningen men det kan också bero på brister i IT-systemen som inte är anpassade för samordning med andra huvudmän [6].

Vårdanalys rekommenderar att kommande samordningsinitiativ bör utformas från huvudmännens och patienters och brukares perspektiv vilket innebär att dessa inkluderas när samordningsinitiativ tas fram. Vidare bör regering och huvudmän stärka kunskapsutvecklingen vad gäller nyttan med samordning och dess effekter samt också stärka kunskapen om vilka verktyg som fungerar när det gäller samordning. Vårdanalys ser ett behov av en kartläggning av hur vård och omsorg på bästa sätt kan dela information om de grupper som är i störst behov av samordning. Kartläggningen bör även inkludera hur olika IT-system kan integreras. Om detta inte är möjligt av legala skäl bör kartläggningen utmynna i en utredning av hur gällande lagstiftning kan ändras.

Vikten av samverkan uppmärksammas i flera av Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd för styrning och ledning vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Målet är att ge människor tillgång till god vård och omsorg. Myndigheten tar fram riktlinjer för sjukdomar och tillstånd som kräver mycket resurser. Det finns riktlinjer inom bland annat vuxentandvård, psykisk ohälsa, diabetes, demens, cancer, astma och KOL, missbruk och beroende samt hjärt- och kärlsjukdom.

Riktlinjerna riktar sig till alla som arbetar inom vård och omsorg och ger rekommendationer om vilken åtgärd som bör ges vid vilket tillstånd. Tillståndet kan vara en sjukdom eller ett problem som är kopplat till en sjukdom.

Flera av Socialstyrelsens nationella riktlinjer berör sjukdomar och tillstånd där allmän hälsa och munhälsa inverkar på varandra varför samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är önskvärd.

Nationella riktlinjer som behandlar kopplingen allmän hälsa och munhälsa

I de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom rekommenderas att socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom. Åtgärden bedöms medföra förbättrat näringsintag och bättre hälsorelaterad livskvalitet. Munhälsan kan påverka det dagliga livet för personer med demenssjukdom på olika sätt. Försämrade munhälsa kan leda till försämrat näringsintag och risken för att utveckla näringsproblem är förhöjd för personer med demenssjukdom. Redan i en tidig fas kan näringsintaget påverkas negativt genom dagliga svårigheter som att personen har svårt att laga mat, glömmer att äta och missköter munhygienen [7].

Exempel på bedömningsinstrument i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert som kan användas är MNA (Mini Nutritional Assessment) som är ett riskbedömningsinstrument för undernäring hos äldre, och ROAG (Revised Oral Assessment Guide) som kan användas för bedömning av munhälsa. Bedömning av munhälsa är särskilt viktig för denna grupp då många personer med demenssjukdom tar läkemedel som kan ge muntorrhet. Det är därför viktigt att undersöka munhålan hos personer med demenssjukdom som tar denna typ av läkemedel. Vårdpersonal och tandvårdspersonal behöver härvid

se till att regelbunden uppföljning av munhälsan erbjuds, vilket innebär att de behöver ha en fungerande samverkan.

I de nationella riktlinjerna för diabetes rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården bör hänvisa patienter med diabetes med risk för försämrad munhälsa eller pågående tandlossningssjukdom till tandvården för ställningstagande till förebyggande åtgärder eller behandling mot karies eller parodontit [8]. Diabetes ökar risk för munsjukdomar och det är också vanligare med parodontit och djupa tandköttsfickor hos personer med diabetes, varför förebyggande åtgärder är särskilt viktigt. Behandling av parodontit har visat sig kunna påverka glukoskontrollen på ett gynnsamt sätt, varför det är viktigt att tandvården uppmärksammar de förebyggande åtgärderna och deras positiva effekt. I de nationella riktlinjerna för vuxentandvården finns rekommendationer om förebyggande åtgärder vid oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk där bristande munhygien är en riskfaktor [9].

Ett annat tillstånd som ofta har stor inverkan på munhälsan är stroke. Bedömning av munhälsan efter stroke är därför något som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård vid stroke. En kontinuerlig bedömning av munhälsan gör det möjligt att vidta åtgärder för att bibehålla eller förbättra munhälsan. Kontinuitet är viktigt eftersom behovet hos patienten kan kvarstå under en längre tid [10].

Pågående samverkansinitiativ inom vård och omsorg

Inom hälso- och sjukvårdsområdet pågår flera olika initiativ för att förbättra samordning och kontinuitet för patienter med komplexa behov och många vårdkontakter. Tandvården är dock normalt sett inte inkluderad i dessa olika initiativ.

SKL drev under 2017 på regeringens uppdrag ett pilotprojekt om patientkontrakt i tre olika landsting. Tandvården ingick dock inte i uppdraget. Patientkontraktet är en sammanhållen plan över planerade vårdinsatser som ska bidra till att skapa trygghet för patienten. Hälso- och sjukvården ska bistå patienten med att samordna samtliga vårdkontakter i primärvård och specialiserad vård. Tanken är att den sammanlagda vårdtiden ska bli så kort som möjligt. Genom samverkan mellan vårdgivare och mellan landsting och kommun ska vårdens övergångar samordnas och säkras.

Inom ramen för projektet har fyra olika områden identifierats vilka utgör innehållet i konceptet patientkontrakt: överenskommelse mellan patient och vårdgivare, fast vårdkontakt, överenskommen tid och sammanhållen plan. De olika delarna ska leda till ökad delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan [11].

På SKL drivs också ett arbete för utvecklad kunskapsstyrning med syfte att säkerställa en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård som i förlängningen förväntas förbättra patientens ställning. Ett exempel är standardiserade vårdförlopp (SVF) som vården tillämpar vid välgrundad misstanke om cancer. SVF skulle enligt SKL kunna utvecklas inom ramen för kunskapsstyrning till att gälla andra diagnoser och vårdförlopp än cancer. Patientkontrakt skulle då kunna utgöra den del av SVF som avser delaktighet och samordning [11].

Arbetet med att utveckla patientkontrakt fortsatte under 2018 i och med den överenskommelse som regeringen och SKL slöt i december 2017: patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Enligt överenskommelsen ska landstingen förbereda införande av förstärkt vårdgaranti i primärvården och förbereda införandet av patientkontrakt i verksamheterna. Socialstyrelsen har i uppdrag att analysera de handlingsplaner som landstingen lämnar in med anledning av överenskommelsen [12].

Myndighetens analys visar att flera av landstingen kopplar arbetet med att införa patientkontrakt till arbetet med att utveckla och implementera andra vårdplaner. Många landsting har ett pågående arbete med att utveckla sina befintliga samverkansplaner, vilket de kan dra nytta av i arbetet med att införa patientkontrakt. Flera landsting påpekar att arbetet med patientkontrakt behöver synkroniseras med det utvecklingsarbete som redan bedrivs i samband med digitaliseringen av Min vårdplan inom cancervården. Det är också viktigt att man tillämpar strukturerad vårddokumentation eftersom stora delar av informationen som ska visas består av journaldata. Flera landsting arbetar redan med strukturerad vårddokumentation och med att göra patienters journaler tillgängliga på 1177 Vårdguiden [12].

I den vidare utvecklingen ser SKL det som mycket viktigt att sammanhållen plan vidareutvecklas som en e-tjänst på webbsidan 1177. Samverkan av vårdaktörer kräver att det finns möjlighet att utbyta information varför det kan krävas justeringar av nuvarande lagstiftning. SKL anser att det finns ett behov av att rensa antalet planer och att ändra lagstiftningen så att den främjar samverkan mellan vårdgivare och patient. Man ser det också som viktigt att 1177, journalföring och Nationell patientöversikt (NPÖ) samordnas. Många patienter är patienter inom både landsting och kommun varför det vore värdefullt att landsting och kommun deltar i NPÖ fullt ut [11].

NPÖ gör det möjligt för vårdgivare att (med patientens samtycke) ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. Det är i huvudsak landstingen som kan visa journaluppgifter i NPÖ. Kommunerna tar i huvudsak del av andra vårdgivares uppgifter i den kommunala hälso- och sjukvården men väljer att inte producera egen information i systemet [13].

Bristande kunskap om munhälsa

Bristande kunskap om munhälsa och dess koppling till allmän hälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal är även det ett återkommande problem som påpekats i en rad olika offentliga publikationer.

Till exempel visar som nämnts ovan Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöden som regleras av tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget på stora svårigheter när det gäller tillämpningen av de olika tandvårdsstöden. Till svårigheterna hör bland annat bristande kunskap om munhälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom omsorgen. Andra svårigheter är att stöden är underutnyttjade på grund av krånglig administration och låg kunskap om stöden i målgrupperna. [3].

En grupp patienter som är särskilt berörd av denna problematik är äldre. De har ofta olika kroniska sjukdomar som påverkar munhälsan och tar ofta läkemedel som kan orsaka muntorrhet och därmed ökar risken för munhälsoproblem. Dagens äldre har dessutom kvar sina egna tänder i högre utsträckning än tidigare vilket leder till att de har tandvårdsbehov längre upp i åldrarna [14].

Många i denna grupp är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård men det är endast en begränsad del av målgruppen som nås av stöden. Särskilt svårt är det att nå äldre som bor kvar hemma. En uppföljning av Vårdanalys visar även att hälso- och sjukvården missar att informera patienterna om stödet i samband med att de äldre besöker hälso- och sjukvården. Informationsansvaret är också otydligt vilket också leder till ett sämre genomslag [15].

Vårdpersonalens kompetens och prioriteringar har betydelse när munvård ska utföras. I en svensk studie ansåg 89 procent av vårdpersonalen att munvård var en viktig del i en god omvårdnad men personalen upplevde samtidigt att de inte hade tillräcklig kunskap för att kunna genomföra munvården [16]. Grundutbildningarna inom hälso- och sjukvård har enligt en uppföljning från Centrum för Äldretandvård mycket få utbildningstimmar om munhälsa [17].

Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan fungera som ett stöd i detta sammanhang i och med att de i förekommande fall innehåller rekommendationer om vikten av att även uppmärksamma tänder och mun. Till exempel innehåller de nya riktlinjerna för ohälsosamma levnadsvanor rekommendationer om att hälso- och sjukvårdspersonal bör ha rådgivande samtal samt undersöka munhålan på vuxna som snusar dagligen på grund av de negativa effekterna av snusning på munhälsan [18].

Juridiska utgångspunkter för samverkan

Kartläggningen av hinder för samverkan mellan de båda systemen omfattar bland annat hur olika processer och vårdkedjor i hälso- och sjukvården och tandvården kan kopplas ihop där det finns beröringspunkter för att patienterna ska få ett ändamålsenligt och effektivt omhändertagande. Det handlar bland annat om läkemedelsförskrivning, journalföring och andra typer av informationsöverföring.

I utredningen *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76) konstateras att hälso- och sjukvård respektive tandvård regleras och styrs inom olika system samtidigt som sjukdomar i munnen kan påverka övriga delar av kroppen och vice versa. I föreliggande delrapport gör Socialstyrelsen en kortfattad översikt över aktuell lagstiftning. En viktig avgränsning i detta sammanhang är att nuvarande finansiering och ansvarsfördelning ska ligga fast.

Tandvården styrs av tandvårdslagen (1985:125), TL och definieras som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Hälso- och sjukvård styrs av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.

Distinktionen är viktig, inte minst eftersom tandvård till stor del finansieras genom egenavgifter medan hälso- och sjukvården till stor del finansieras av det allmänna. Detta kan leda till att läkare kan tveka att konsultera tandvården eftersom patienten då riskerar att få betala en stor del av vården själv samtidigt som hälso- och sjukvården kan utföra samma typ av åtgärd till hälso- och sjukvårdsavgift. I båda lagarna finns dock bestämmelser om systematiskt utvecklingsarbete för att säkra kvaliteten som också berör samverkan med andra vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap 1 § HSL). Vården ska ges med respekt för allas lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Samverkan inom planering och organisation på landstingsnivå nämns särskilt i 7 kap. 7 och 8 §§:

- I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.
- I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting ska landstingen samverka.

Samverkan inom planering och organisation på kommunnivå nämns särskilt i 11 kap. 3 §:

- I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Tandvårdslagen (1985:125), TL

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § TL). Landstinget ska planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov och att patientgrupper med särskilt behov av tandvård erbjuds stöd (8 § TL).

Samverkan nämns särskilt i 9 och 10 §§:

- I planeringen och utvecklingen av tandvården ska landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.
- Landstingskommunerna skall samverka i tandvårdsfrågor som berör flera landstingskommuner.

Ledningssystem, processer och rutiner

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft vilka ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheter som omfattas av:

- 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL
- 16 § tandvårdslagen (1985:12), TL
- 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL

Föreskrifterna ska dessutom tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS är ansvarig för att det finns ett ledningssystem. I föreskriften beskrivs ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och hur det ska användas:

- Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 §).
- Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 §).
- Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada (4 kap. 6 §).

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller LSS-verksamheter och med myndigheter. Under rubriken dokumentationsskyldighet slås det fast att vårdgivaren ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det bland finnas uppgifter om hur samverkan (4. kap 6 §) har möjliggjorts för att förhindra att patienter drabbas av vårdskada (7 kap, 2 §).

Informationshantering och sekretess

En annan viktig juridisk aspekt av samverkan mellan de båda systemen gäller informationshantering och sekretess. En förutsättning för en fungerande samverkan mellan de båda systemen är överföring av olika former av patientinformation mellan dem. Här skulle rådande regelverk kunna bli ett hinder för samverkan, inte minst inom området e-tjänster där en utökad samverkan skulle kunna omfatta journalföring och läkemedelsförskrivning.

Hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården regleras i första hand av patientdatalagen (2008:355), PDL. I PDL anges vilka grundläggande principer som ska användas vid informationshantering avseende uppgifter om patienter inom hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses bland annat verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen.

I PDL finns också bestämmelser om sammanhållen journalföring, vilket definieras som ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare (1 kap. 3 § PDL).

Dataskyddsförordningen (GDPR, The General Data Protection Regulation) började gälla 25 maj 2018 och reglerar behandling av personuppgifter. Den kompletteras av PDL och av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Sekretess inom den offentliga sjukvården regleras i 25 kapitlet offentlighets- och sekretesslagen (2009:400 OSL) och bestämmelser för tystnadsplikt

inom privat hälso- och sjukvård återfinns i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Gemensam informationsstruktur

För att olika vårdprocesser i tandvård och hälso- och sjukvård ska kunna knytas samman och fungera tillsammans måste de kunna kommunicera med varandra genom att följa överenskomna regler. Detta benämns interoperabilitet och definieras som förmåga hos system, processer och organisationer att kommunicera med varandra genom att överenskomna regler följs [19].

En typ av interoperabilitet är semantisk interoperabilitet som innebär att information, i till exempel en patientjournal eller personakt, kan tolkas entydigt och delas utan att dess syfte eller sammanhang går förlorat. Socialstyrelsen bidrar här med att utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur för vård och omsorg som innefattar: nationell informationsstruktur (NI), Socialstyrelsens termbank, begreppssystemet Snomed CT och hälsorelaterade klassifikationer. Arbetet är en del av myndighetens instruktionsstyrda verksamhet och ingår som ett prioriterat insatsområde i handlingsplanen för den nationella visionen för e-hälsa 2025. Delarna i gemensam informationsstruktur i förhållande till tandvården har tidigare kartlagts i en rapport från Socialstyrelsen [20] och beskrivs översiktligt i det följande.

Nationell informationsstruktur

NI är en referensmodell som beskriver verksamhet inom vård och omsorg på en allmän nivå och innehåller modeller för begrepp, process och information. Med utgångspunkt i NI får beställare och leverantörer av processorienterade it-stöd en gemensam bas för kravställande och utveckling. Det ger bland annat bättre möjligheter att kombinera it-stöd från olika leverantörer. Genom att använda en gemensam beskrivning av processen i vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv kan olika verksamheter strukturera information om en individ på samma sätt även om de bara deltar i delar av processen. Då blir det lättare att samordna vad som är planerat eller genomfört vad gäller individens hälsotillstånd så att nästa aktör kan ta vid och fortsätta processen [19]. Den gemensamma dokumentationen säkerställer att den kan följa patienten mellan olika aktörer och organisationer.

Socialstyrelsens termbank

Termbanken innehåller nationellt överenskomna begrepp, termer och definitioner. Termbanksbegreppen används i NI och rekommenderas för generell användning inom fackområdet vård och omsorg. Begreppen i termbanken är framför allt av administrativ karaktär, såsom patient, vårdkontakt och negativ händelse.

Snomed CT/Snodent: referensterminologi inom sjukvården och inom tandvården

Snomed CT är ett internationellt kliniskt begreppssystem som omfattar cirka 341 000 kliniska begrepp [21] och är översatt till svenska. I Snomed CT ingår Snodent som är ett kodverk för tandhälsa och tandvård [22] och omfattar cirka 8 000 begrepp. Snodent finns också som ett eget urval ur Snomed CT.

Genom Snomed CT/Sno-dent ges möjlighet att i detalj uttrycka klinisk information som symtom, sjukdom, diagnostiska metoder och behandlingsmetoder etc.

Med en dokumentation med Snomed CT/Snodent finns möjligheten till bättre dokumentation som i sin tur leder till bättre vård och dessutom kan dubbeldokumentation undvikas. Socialstyrelsen förvaltar, utvecklas och ger användarstöd för Snomed CT.

Den största nyttan med Snomed CT/Snodent är att det är ett internationellt gemensamt begreppssystem som många länder kan använda. Alla de nordiska länderna är medlemmar i SNOMED International och planerar att införa Snomed CT i hälso- och sjukvården för att öka interoperabiliteten nationellt och internationellt, och för att öka möjligheten till samarbete mellan olika sjukhus och länder [23-26].

Vidare kan beslutsstöd och kunskapsstöd byggas på dokumentation som är baserad på NI och Snomed CT/Snodent. En av flera nyttor är att kunna spåra negativa händelser inom hälso- och sjukvården och inom tandvården [27-29].

Genom Socialstyrelsens arbete med uppmärksamhetsinformation kan tandläkarna bli uppmärksammade på om det t.ex. förekommer allergier och därigenom undvika medicinska felbehandlingar eller skador på patienten.

Hälsorelaterade klassifikationer

Klassifikationerna består av hälsoinformation som inordnas i kategorier eller klasser med tillhörande kodbeteckningar. Klassifikationer innehåller information på mer eller mindre aggregerad nivå och behövs för att man ska kunna följa orsakerna till att människor kontaktar vården, vilka åtgärder som vidtas och vilka resultat de ger. Klassifikationer används nationellt i myndighetens hälsodataregister för statistik och uppföljning.

Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar primärt klassifikationer för hälso- och sjukvården i stort. Tandvårdens behov är därför i mindre utsträckning tillgodosett i befintliga klassifikationer och inom ramen för vårt nuvarande uppdrag.

Huvudsakligen tillhandahåller Socialstyrelsen svenska versioner av de internationella klassifikationerna från WHO, vilket möjliggör internationell jämförbarhet.

Tandvårdens dokumentation idag

Idag skriver tandläkare i löpande text i patientens journal varför patienten har sökt vård, vilken behandling som vidtagits och annan väsentlig information. Utöver detta dokumenteras utförda åtgärder och det tillstånd som föranleder respektive åtgärd med koder enligt Tandvårds- och läkemedelsverkets (TLV) föreskrifter för det statliga tandvårdsstödet.

De delar av tandvården som inte registreras enligt ersättningsreglerna i TLV:s föreskrifter, framför allt tandvård för personer i åldersgruppen 0-23 år och viss landstingsfinansierad tandvård, blir därför inte dokumenterade på detta standardiserade sätt. Eftersom dokumentationen i TLV:s ersättningsregler utgår från debiterad åtgärd går också den primära kontaktorsaken inte enkelt att utläsa, diagnoser som inte leder till en debiterbar åtgärd saknas helt

och diagnoser som leder till flera åtgärder blir svåra att hitta igen. Det är därför oklart i vilken utsträckning tillstånden i TLV:s ersättningsregler speglar de diagnoser patienten egentligen uppvisar på tandvårdsområdet.

Strukturerad dokumentation i tandvården

För att kunna utveckla en bättre tandvård är det viktigt att alla besök dokumenteras på ett enhetligt sätt. Ett flertal vetenskapliga artiklar påpekar nyttan av att införa strukturerad dokumentation i tandvården. Strukturerad dokumentation enligt NI modeller är viktiga för att säkerställa att all väsentlig information dokumenteras likartat och fullständigt så att informationen kan återanvändas, jämföras, analyseras och följas upp. Dålig dokumentation kan leda till sämre kvalitet i tandvården [30].

För att informationen ska kunna utnyttjas och återanvändas bör terminologin som väljs täcka alla behov som uppstår inom den kliniska verksamheten. Det behövs alltså ett system som kan fånga information på ett mer detaljerat sätt samtidigt som terminologin ökar den semantiska interoperabiliteten.

Process-id

Socialstyrelsen hade under 2014 i uppdrag att beskriva de rättsliga, begreppsmässiga och praktiska förutsättningarna för att hålla samman vård- och omsorgsdokumentationen kring en vård- och omsorgstagares processer med hjälp av ett så kallat process-id. Myndigheten fann att det i huvudsak fanns goda förutsättningar för att införa ett process-id inom hälso- och sjukvården, men att huvudmännen måste arbeta vidare med de organisatoriska förutsättningarna [31].

Socialstyrelsens utredning om process-id ingick i regeringens satsning på att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre men resonemangen och slutsatserna är i allra högsta grad relevanta i föreliggande uppdrag att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Om tandvårdens verksamheter skulle kunna inkluderas i ett system med individbaserade vårdprocesser som är kopplade till process-id och dokumentationen är strukturerad och beskriven enligt gemensam informationsstruktur skulle möjligheter kunna öppnas för att förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård.

Jämlikhet och jämställdhet

Jämlik vård är en av sex dimensioner som definierats av Socialstyrelsen som viktiga förutsättningar för att nå en god hälso- och sjukvård och en god kvalitet i socialtjänsten. I 3 kap 1 § HSL slås det fast att vården ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Hälsa, vård och omsorg i Sverige är ur flera aspekter ännu inte jämlik. Det finns alltså skillnader i dödlighet, vård och behandling. Jämlik vård betyder att alla får bemötande, vård och behandling på lika villkor. Eftersom hälsa inte är jämlikt fördelad är det önskvärt att en hälso- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen prioriterar dem som har störst behov.

En väl fungerande samverkan är viktig ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Patienter som har ett behov av en fungerande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård ska ha en likvärdig möjlighet att ta del av en fungerande samverkan. Exempelvis att systemet med standardiserade vårdförlopp i cancervården inkluderar tandvården i samtliga regioner och landsting så att nivån på samverkan inte påverkas av var i landet patienten bor. Annars kan skillnader i praxis och sätt att arbeta leda till ojämlikhet när det gäller hur vårdkedjor och processer är uppbyggda.

Skillnader i kompetensförsörjning och planering över landet kan leda till tillgänglighetsproblem vilket i sin tur påverkar möjligheten till samverkan. Andra faktorer som kan påverka är bristande kunskap om de olika tandvårdsstöden och vilka patienter som är berättigade till dem. På samma sätt kan skillnader i kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa leda till skillnader när det gäller hur väl samverkan fungerar.

Dessutom ska samverkan fungera likvärdigt inom ett och samma landsting eller region. Dels att alla patienter med samma tillstånd eller diagnos får tillgång till likvärdig samverkan på samma nivå oavsett ålder, kön, socioekonomi etc. Dels att det finns fungerande samverkan mellan de båda systemen för de patienter som behöver samverkan oavsett vilken specifik diagnos eller tillstånd patienten har. Till exempel att samverkan är lika väl utbyggd för patienter med cancer som för patienter med diabetes eller psykisk ohälsa. En fungerande samverkan fungerar då som ett medel för att nå en mer välfungerande och jämlik hälso- och sjukvård och tandvård.

För att kunna följa hur samverkan fungerar ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv skulle såväl tandvården som hälso- och sjukvården kunna följa upp och utvärdera hur samverkan mellan de båda systemen fungerar ur olika aspekter.

Resultatredovisning

Samverkan tandvård och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen skickade under hösten 2018 ut tre enkäter till samtliga 21 landsting och regioner, hädanefter benämnda landsting. Enkäterna riktade sig till landstingsdirektörerna, tandvårdsdirektörerna, och till landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer. Syftet med enkäterna var att fånga upp kunskap och erfarenheter om hur samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård fungerar och vilka eventuella hinder som identifierats utifrån tandvårdens respektive sjukvårdens perspektiv.

Svarsfrekvensen på enkäten till landstingsdirektörerna var 71 procent, vilket motsvarar 15 svar. På enkäterna till tandvårdsdirektörerna och hälso- och sjukvårdsdirektörerna var svarsfrekvensen 81 procent på båda enkäterna vilket motsvarar 17 svar på var och en av dessa båda enkäter. Socialstyrelsen skickade även en enkät till Praktikertjänst och Privattandläkarna för att få del av deras syn på vilka hinder för samverkan som finns, och hur de arbetar med samverkansfrågor.

Sammanfattande kommentarer

Rutiner och nätverk för samverkan är relativt vanligt förekommande. Denna samverkan inkluderar även kommunal hälso- och sjukvård i hög utsträckning. Många av rutinerna berör samverkan som rör barn. Däremot är sammankopplade e-tjänster relativt ovanligt men det pågår ett utvecklingsarbete inom detta område. Praktikertjänst har inte tagit fram några riktlinjer för samverkan med hälso- och sjukvård men Privattandläkarna har tagit fram rutiner, bl. a när det gäller remisshantering.

Synen på behovet av utvecklad samverkan skiljer sig åt mellan de båda systemen. Två av tre tandvårdsdirektörer ser ett behov av utvecklad samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård vilket kan jämföras med att hälften av företrädarna för hälso- och sjukvården anser samma sak.

Tandvården och hälso- och sjukvården har dock likartad syn på vilka områden det är som behöver en mer utvecklad samverkan. Det rör sig till exempel om äldre personer, patienter med diabetes, smärtpatienter, patienter med ätstörningar och patienter med refluxsjukdom samt sömnapnépatienter. Från tandvårdens sida ser man dock något fler områden där det skulle behövas mer utbyggd samverkan mellan de båda systemen, t ex inom mödrahälsovård, primärvård, folkhälsa, samhällsmedicin, psykiatri och sjukhustandvård.

På samma sätt finns det till stora delar en samsyn när det gäller vilka hindren för samverkan är. Det rör sig om att hälso- och sjukvården har bristande kunskap om de olika tandvårdsstöden, att tandvården inte bjuds in till de samverkansforum som finns och att man har olika journalsystem. Från tandvårdens sida tar man också upp det faktum att man verkar inom skilda system med olika finansiering och att tidspressen i verksamheten är ett hinder för

samverkan. Bristande kunskaper om munhälsa och allmän hälsa och att samverkansfrågor ses som någon annans ansvar tas upp som hinder för samverkan från hälso- och sjukvården. Praktikertjänst och Privattandläkarna tar båda upp få samverkansforum, olika journalsystem och avsaknad av tydliga riktlinjer och styrdokument som hinder för samverkan. Privattandläkarna tar också upp brister i kunskaperna om de olika tandvårdsstöden samt brister i kunskaperna om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Kompetensutveckling för att öka personalens kompetens om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är dock betydligt vanligare i tandvården i landstingen jämfört med hälso- och sjukvården.

Som förslag på lösningar på samverkansproblemen mellan tandvård och hälso- och sjukvård anger företrädarna för båda områdena i hög utsträckning gemensamma nätverk där professioner från tandvården och hälso- och sjukvården möts och utveckling av integrerade e-tjänster som lösning. Här ser båda parter ett behov av utveckling på journalföringssidan och att det åtminstone går att läsa varandras journaler. I detta råder samsyn med Praktiker-tjänst och privattandläkarna som även tar upp framtagande av styrdokument och riktlinjer samt forum för samverkan som förslag på samverkansförbättrande åtgärder.

Nätverk är som framgår av sammanfattningen av svaren i den centrala landstingsenkäten ovan relativt vanligt förekommande men är något som kan utvecklas vidare. Integrerade e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård finns redan nu i ett mindre antal landsting, och är dessutom under utveckling i flera landsting, vilket har potential för att förbättra samverkan.

Erfarenheter av samverkan landstingsdirektörer

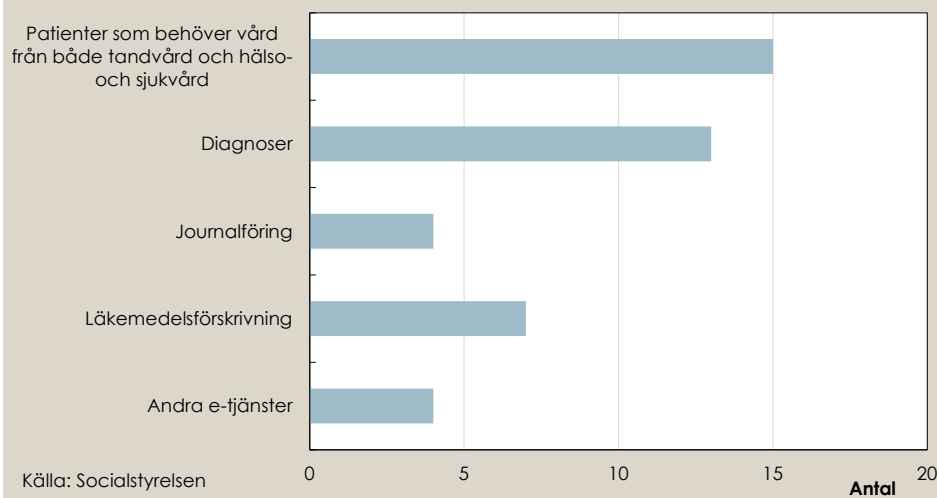
Rutiner för samverkan vanligt i landstingen

Av de 15 landsting som svarade på enkäten uppgav 13 landsting (87 procent) att de har dokumenterade rutiner för samverkan mellan tandvård och landstingsstyrd sjukvård, och 10 landsting (67 procent) uppgav att det finns rutiner för samverkan mellan tandvård och kommunal sjukvård. Inget landsting svarade att de inte har några egna dokumenterade rutiner för samverkan.

Landstingen samverkar i första hand om patienter som behöver vård från både tandvård och hälso- och sjukvård, men det är också vanligt att samverkan sker kring specifika diagnoser såsom diabetes (figur 1).

Figur 1. Vad samverkar landstingen om? N=15

Det går att ange flera svarsalternativ.



Fråga: Samverkar hälso- och sjukvården och tandvården i regionen/landstinget om följande...
... patienter som behöver vård från både tandvård och hälso- och sjukvård? ... diagnoser? ... journalföring? ... läkemedelsförskrivning? ... andra e-tjänster än journalföring och läkemedelsförskrivning?

Nätverk för samverkan

I 13 av landstingen (87 procent) finns nätverk där personal från både tandvården och hälso- och sjukvården möts för att resonera kring gemensamma utmaningar. Från 11 av landstingen lämnades kommentarer om vilka typer av nätverk det gäller:

- Nätverk/samverkansgrupper för olika områden, t.ex. för barnhälsovård och tandvård, samt för att placera barn m.fl. ska få samma vård och tandvård som andra
- Nätverk/samverkansgrupper för ledning, t.ex. samverkan mellan specialistvårds-, primärvårds- och tandvårdsledning
- Delregional och regional närområdessamverkan
- Enskilda samverkansmöten mellan käkkirurgi och folktandvård
- Enskilda samverkansmöten vid behov
- Tandvårdspersonal (från käkkirurgen) medverkar på ronder på sjukhusen
- Medicinska kommittéer

Exempel på samverkan mellan tandvård och landstingets hälso- och sjukvård

I enkäten ombads landstingsdirektörerna att ge exempel på verksamheter i landstinget där det idag förekommer organiserad samverkan mellan tandvården och landstingets hälso- och sjukvård. Flera av landstingen nämner dock inte specifika verksamheter utan samverkan generellt. Nedan sammanfattas ett antal exempel:

- Specialisttandvård, t.ex. käkkirurgi, bettfysiologi, orofacial medicin och sjukhustandvård som samverkar med specialistsjukvård, t.ex. öron-näsahals, och inför hjärtkirurgi
- Multidisciplinära ronder där tandvårdspersonal ingår, kvälls- och helgjou-rer

- Samordnande grupp för äldres munhälsa och tandvård, riktad till invånare, samt tandvårds-, sjukvårds- och omsorgspersonal
- Äldrevårdsteam där samverkan sker kring de mest sjuka äldre
- Påbörjad samverkan som innebär att Folktandvården remitterar till livsstils-mottagningar i primärvården
- Tandhygienist som besöker vårdavdelning, t.ex. för stroke
- Tandvården är representerad i olika grupper, t.ex. geriatriskt kompetenscentrum, vårdpreventionsgrupp, läkemedelskommitté, operationsstyrelse
- Barnhälsovården och tandvården samverkar, t.ex. kring gemensamt hembesök vid 15 månader, och kring projekt för att tidigt hitta barn som löper risk för karies och fetma.
- Deltagande i ledningsgrupper, t.ex. tandläkare ingår i chefsläkargrupp
- Olika typer av digitaliseringsprojekt

Exempel på samverkan mellan tandvård och kommunal hälso- och sjukvård

När det gäller samverkan mellan tandvården och den kommunala hälso- och sjukvården lyfter många landsting fram de landstingsfinansierade stöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade som exempel. Även utbildning för vårdpersonal om äldres munhälsa och munvård nämns.

Andra exempel på samverkan är:

- Möten mellan tandvården och medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS
- Beställarenheten har regelbunden kontakt med Folktandvården och kommuner i länet
- Särskilda åtgärder riktade mot grupper av barn som har problem med tand- och munhälsa
- Tandvård, kommun och landsting samverkar kring att placerade barn m.fl. ska få samma vård och tandvård som andra
- Hemsjukvårdsteam
- Tandvården är representerad i vårdssamverkansorgan mellan landsting och kommuner
- Folktandvårdens projekt ”Tandhygienist i kommun” vid familjecentraler
- Elevhälsoenkät innehåller bl.a. frågor om munhälsa

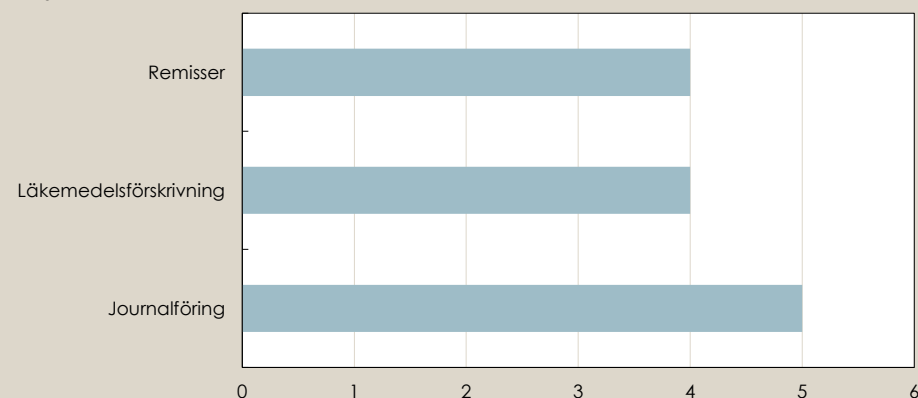
Sammankopplade e-tjänster relativt ovanligt

Av de 15 landstingen uppgav 6 stycken (40 procent) att en eller flera av tandvårdens och hälso- och sjukvårdens olika e-tjänster idag är sammankopplade. Nio stycken (60 procent) svarade att de inte har några e-tjänster som är sammankopplade, men i sju av dessa pågår det arbete eller planering för att kunna koppla samman e-tjänster framöver. E-tjänsterna som är sammankopplade gäller journalföring, läkemedelsförskrivning och remisser (figur 2).

Figur 2. Inom vilka områden finns sammankopplade e-tjänster. N = 6

Det går att ange flera svar

Antal



Källa: Socialstyrelsen

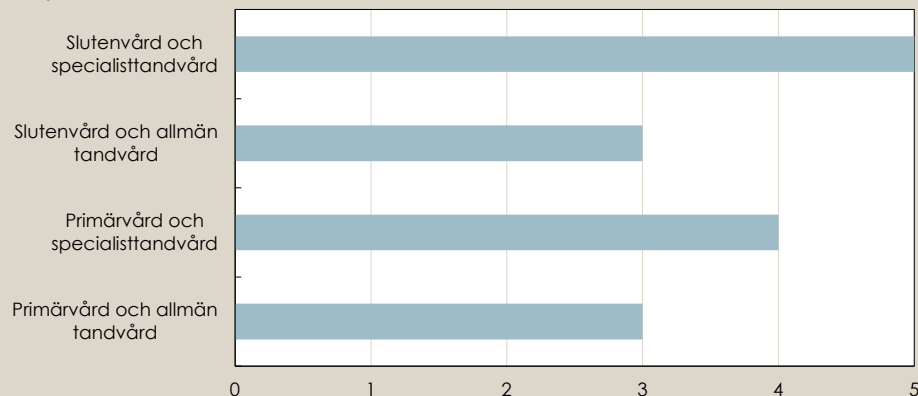
Fråga: Vilka områden av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens olika e-tjänster är sammankopplade idag?

I de fem landsting som svarat på frågan om vilka verksamheter som har sammankopplade e-tjänster finns sådana mellan slutenvård och specialisttandvård, och i fyra landsting finns integrerade e-tjänster mellan primärvård och specialisttandvård (figur 3).

Figur 3. Vilka verksamheter har sammankopplade e-tjänster. N = 5

Det går att ange flera svar

Antal



Källa: Socialstyrelsen

Fråga: Vilka verksamheter i regionen/landstinget har sammankopplade e-tjänster idag mellan hälso- och sjukvården och tandvården?

Inga landsting har någon samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och tandvården. När det gäller utvecklingsmöjligheter av e-tjänster som kan förbättra samverkan skriver många av de svarande om anslutning till tjänsterna i 1177 och NPÖ. Det handlar om t.ex. tidsbokning, anamnes, läkemedelslista, receptförskrivning, hälsotillstånd och remissförskrivning. Gemensamma journalsystem, eller åtminstone behörighet att titta i hälso- och sjukvårdens journaler och vice versa, förs också fram som exempel på e-tjänst som kan förbättra samverkan. Fyra landsting nämner att de har påbörjat ett arbete mot att kunna koppla upp tandvården mot NPÖ och 1177.

Gemensam fortbildning vanligt förekommande

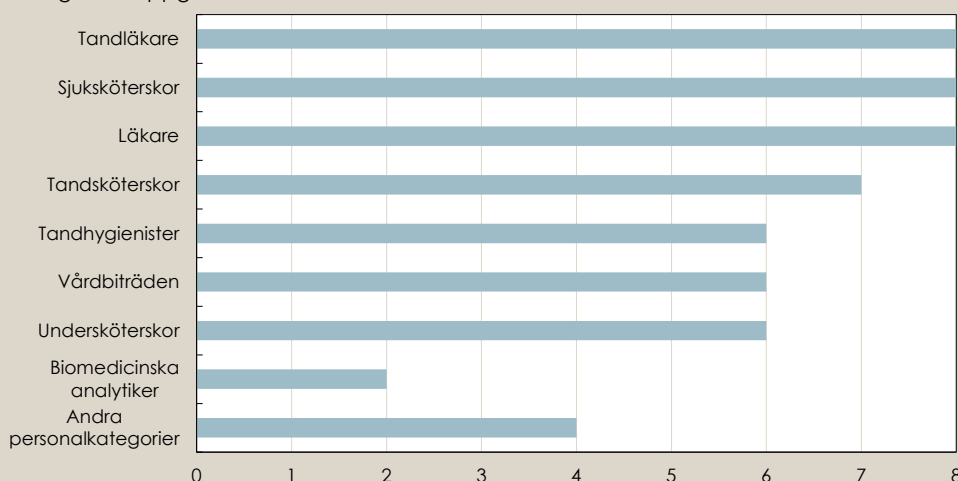
På frågan om landstingen under det senaste året haft gemensam fortbildning för tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal svarade elva landsting (73 procent) ja. Ett landsting planerar att införa gemensam fortbildning. Två landsting uppger att de inte vet om sådana fortbildningsinsatser genomförts.

I landstingen som har haft gemensam fortbildning för tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal har samtliga haft fortbildningar för tandvårdspersonal och landstingsanställd hälso- och sjukvårdspersonal, medan fem landsting också har genomfört fortbildning för tandvårdspersonal och kommunanställd hälso- och sjukvårdspersonal.

Åtta landsting angav också vilka olika personalkategorier som omfattades av fortbildningen. Tandläkare, sjuksköterskor och läkare har omfattats av någon typ av gemensam fortbildning under det senaste året i samtliga svarande landsting (figur 4).

Figur 4. Antal landsting som haft gemensamma fortbildningar för olika personalkategorier. N=8

Det går att uppge flera svarsalternativ.



Källa: Socialstyrelsen

Fråga: För vilka personalkategorier har regionen/landstinget under det senaste året haft gemensamma fortbildningar för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal?

Övriga synpunkter från landstingsdirektörerna

Avslutningsvis gavs landstingen möjlighet att lämna kompletterande synpunkter. Några landsting tar upp att det är viktigt att samverkan generellt förbättras, och att de är medvetna om att det finns ett utvecklingsbehov. Till exempel uppger ett landsting att "samverkan är ett av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens mest prioriterade områden. Forskning visar alltmer hur tandhälsan påverkar allmänhälsan och vice versa. För patientsäkerheten och för att ge varje patient bästa vård är samverkan ett måste". Landstingen ger också exempel på områden där samverkan ytterligare skulle behöva utvecklas, däribland öron-näsa-hals, barnmedicin, onkologi, psykiatri, geriatrik och mellan tandvården och primärvården.

Några landsting tar upp att det är ett problem att tandvården och hälso- och sjukvården är olika organisationer. Ett landsting tar upp de olika betalnings-

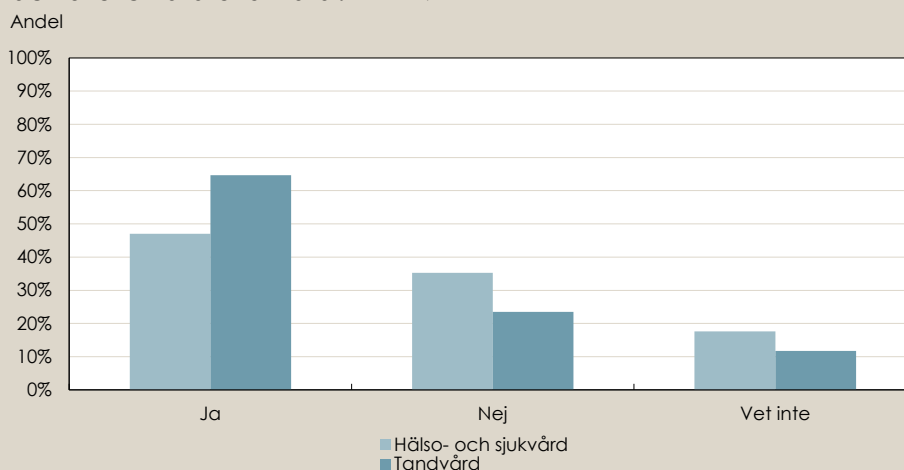
systemen som gör att det kan vara svårt att förmå patienter att gå till tandvården då de själva måste betala en stor del av kostnaden. Ett annat landsting noterar att de separata organisationerna fört med sig att dubbla system utvecklats där t.ex. journalsystemen inte är kompatibla med varandra.

Erfarenheter av samverkan tandvårdsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer

Verksamhetsområden där samverkan saknas

På frågan om det finns något verksamhetsområde i landstinget där det inte finns någon samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården men där samverkan skulle vara önskvärt svarade elva tandvårdsdirektörer (65 procent) ja och fyra landsting svarade att det inte finns något sådant område.

Figur 5. Finns verksamhetsområden där samverkan saknas men där den skulle vara önskvärd? N = 17



Fråga: Finns det något verksamhetsområde i regionen/landstinget där det inte finns någon samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i nuläget men där samverkan skulle vara önskvärd?

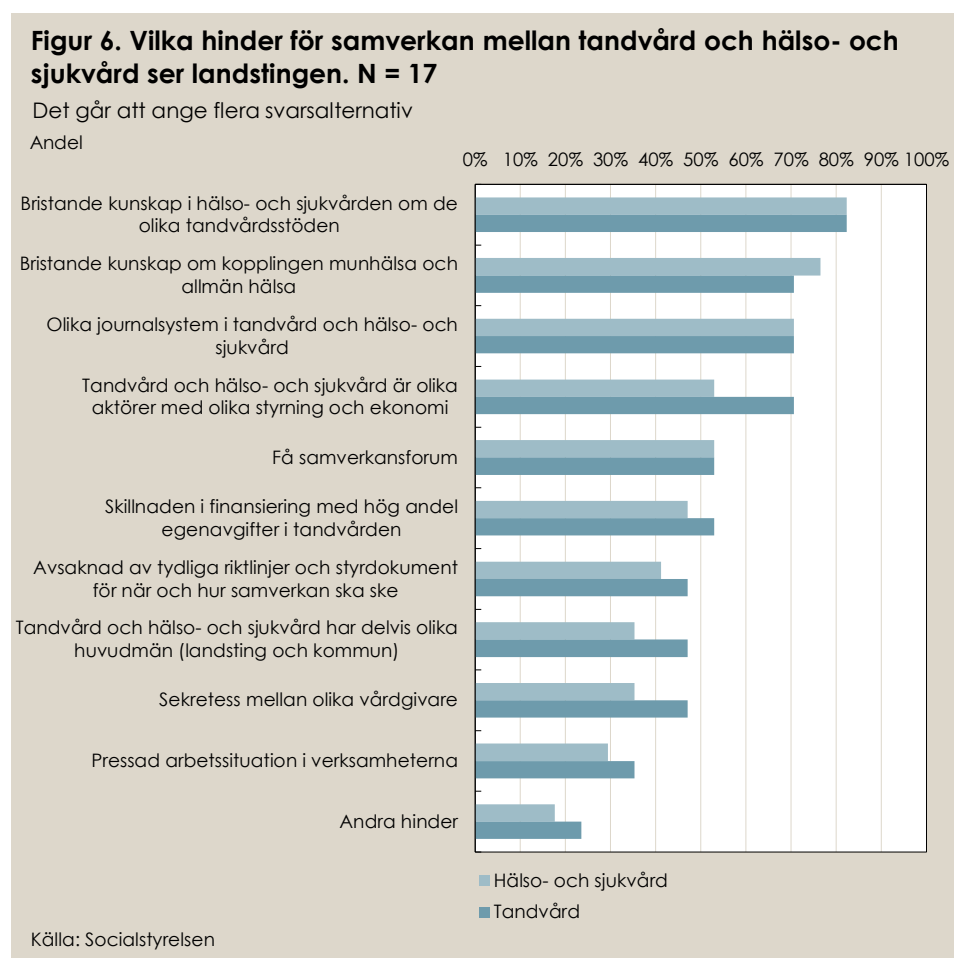
De tandvårdsdirektörer som svarade att det finns verksamhetsområden där samverkan skulle vara önskvärd angav också vilka dessa områden är. Fyra tandvårdsdirektörer nämnde särskilt geriatrik och äldresjukdomar, och två nämnde samverkan kring diabetespatienter. Andra områden som tandvårdsdirektörerna tog upp var mödrahälsovård, primärvård, folkhälsa, samhällsmedicin, psykiatri, ätstörningar och refluxsjukdomar, det bettfysiologiska området, förebyggande vård, muntorrhet och medicinsk tandvård, medicinskt sjuka barnpatienter, smärtpatienter och sömnapnépatienter.

Knappt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer som besvarade enkäten uppger att finns verksamhetsområden där samverkan saknas i dagsläget men att samverkan skulle vara önskvärd. Några anser att det generellt är önskvärt med mer samverkan medan andra angav särskilda verksamhetsområden eller patientgrupper som skulle behöva samverkan. Det handlar bland annat om äldre patienter och äldres sjukdomar, patienter med diabetes, smärtpatienter, patienter med ätstörningar och patienter med refluxsjukdom,

sömnapnépatienter och patienter med muntorrhet. Var tredje hälso- och sjukvårdsdirektör uppgav att det inte finns några områden där samverkan saknas i nuläget och där det skulle vara önskvärt att utveckla samverkan.

Vilka hinder för samverkan ser landstingen?

Från tandvårdens sida uppfattar man att bristande kunskap i hälso- och sjukvården om de olika tandvårdsstöden är ett hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i landstinget. Totalt 14 av 17 landsting, 82 procent, uppgav att denna brist är ett hinder för samverkan. Över hälften svarade dessutom att skillnaden i finansiering, olika journalsystem och bristande kunskap om kopplingen munhälsa och allmän hälsa, att tandvård och sjukvård är olika aktörer med olika styrning och ekonomi samt att arbetssituationen i verksamheterna är pressad är aspekter som utgör hinder för samverkan (figur 6). I kategorin andra hinder finns ointresse i hälso- och sjukvården, skillnader i kultur och prioriteringar, att tandvården sällan bjuds in till de forum som finns, samt att tidsbrist är ett hinder för samverkan.



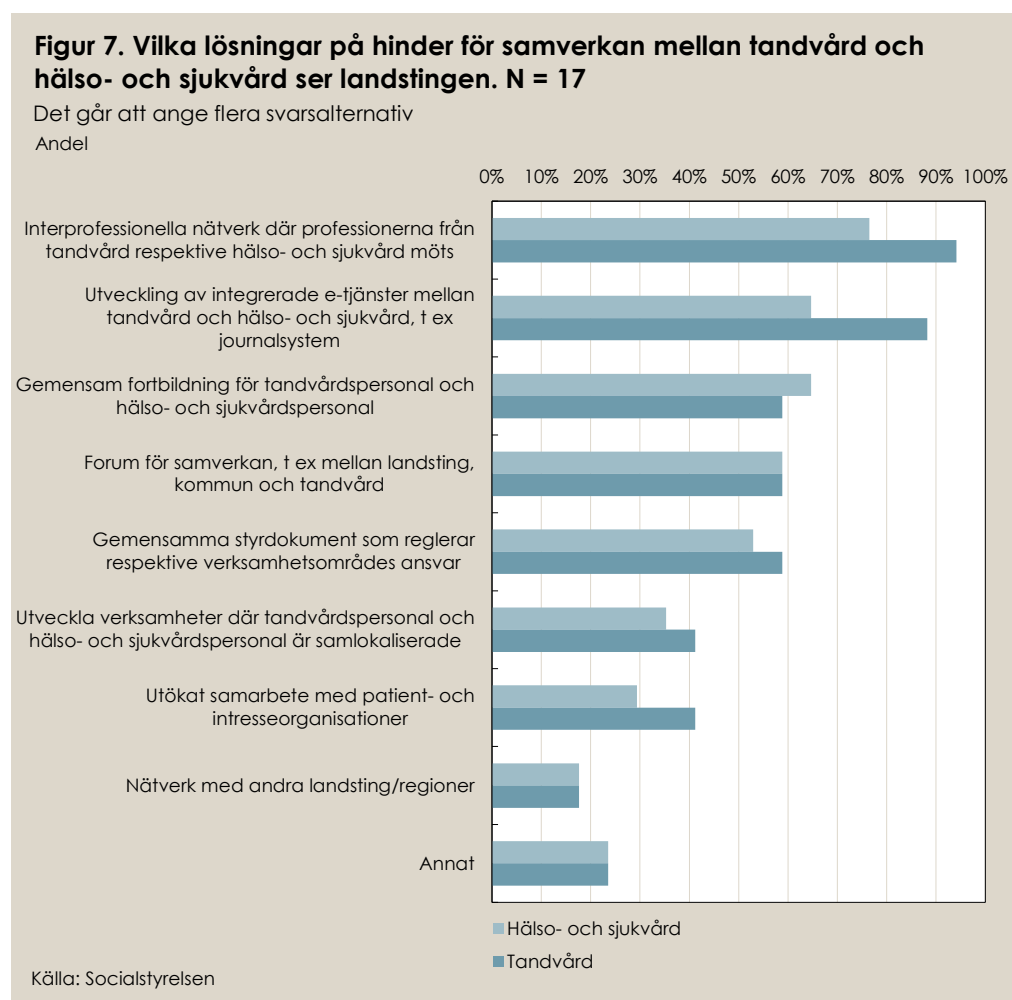
Fråga: Var uppfattar ni att det finns hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i regionen/landstinget?

Det främsta hindret för samverkan är enligt hälso- och sjukvårdsdirektörerna att hälso- och sjukvården har bristande kunskap om de olika tandvårdsstöden, t.ex. vilka patienter som har rätt till särskilt tandvårdsbidrag och skrivandet av läkarintyg. Bristande kunskaper om munhälsa och allmän hälsa samt olika journalsystem angavs också i stor utsträckning som hinder för samverkan.

Tre hälso- och sjukvårdsdirektörer fyllde i "andra hinder" och kommenterade bl.a. att tandvården sällan bjuds in till de forum som finns och att det ibland kan uppfattas som att samverkansfrågor är någon annans uppgift (figur 6).

Vilka lösningar på samverkansproblem mellan tandvård och hälso- och sjukvård ser landstingen?

Som förslag på lösningar på samverkansproblemen mellan tandvård och hälso- och sjukvård angav 94 procent av tandvårdsdirektörerna att gemensamma nätverk där professioner från tandvården och hälso- och sjukvården möts skulle vara en lösning på de samverkansproblem som finns (figur 7). Utveckling av integrerade e-tjänster angavs av 88 procent som en lösning på samverkansproblemen. Gemensam fortbildning, forum för samverkan och gemensamma styrdokument ses också som faktorer som kan förbättra samverkan.



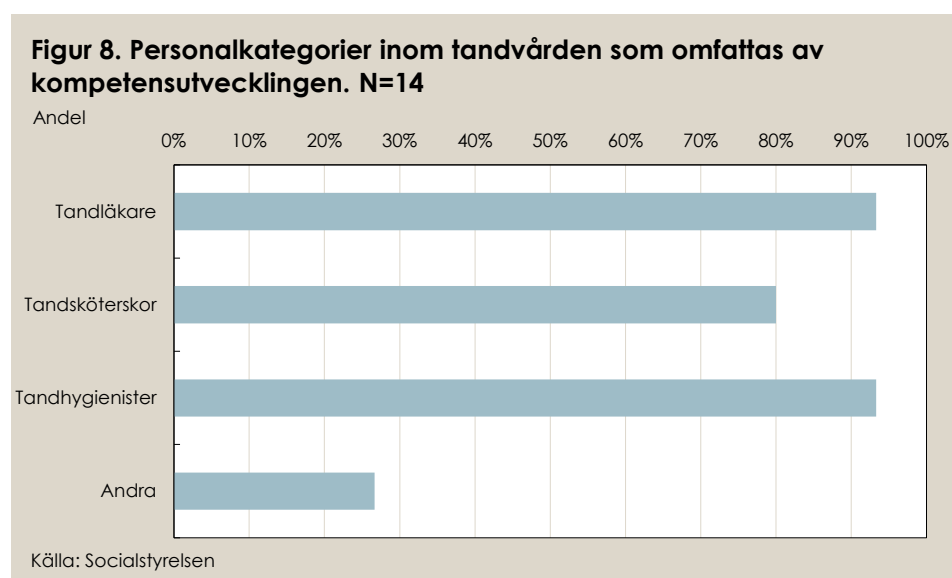
Fråga: Vilka förslag på lösningar har ni på de hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård som finns i regionen/landstinget?.

Som förslag på lösningar på samverkansproblemen mellan tandvård och hälso- och sjukvård angav 76 procent av hälso- och sjukvårdsdirektörerna att gemensamma nätverk där professioner från tandvården och hälso- och sjuk-

vården möts skulle vara en lösning på de samverkansproblem som finns. Utveckling av integrerade e-tjänster och gemensam fortbildning angavs av 65 procent som en lösning på samverkansproblemen.

Kompetensutveckling relativt vanligt inom tandvården

Sammanlagt 14 tandvårdsdirektörer uppgav att landstinget bedriver kompetensutveckling för tandvårdspersonal för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa. Vilka personalkategorier som omfattas av kompetensutvecklingen presenteras i figur 8 nedan. Ett landsting uppger att de planerar att införa sådan kompetensutveckling.



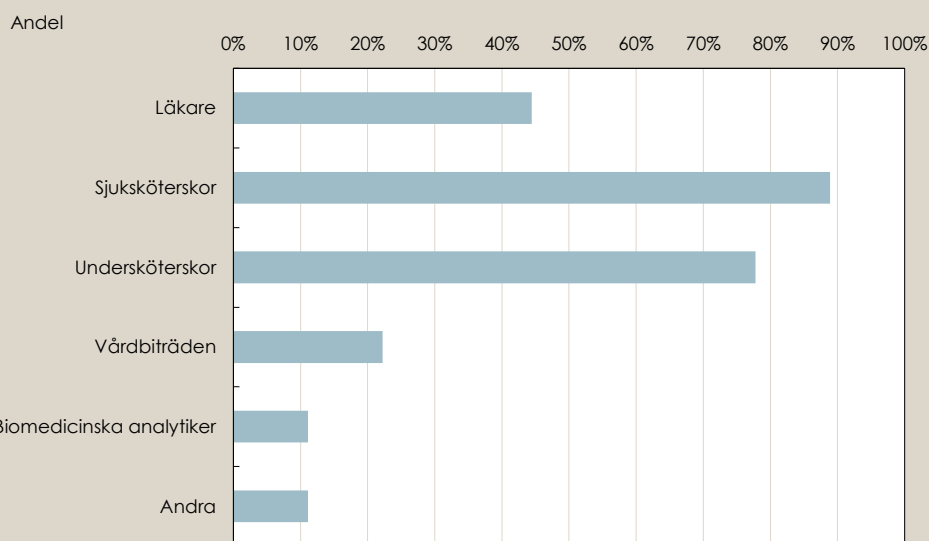
Fråga: Vilka personalkategorier omfattas av kompetensutvecklingen för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa?

På hälso- och sjukvårdssidan är det sju av de 17 landstingen (41 procent) som angav att de har kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa, och två landsting uppgav att de inte har det i dagsläget men planerar att införa sådan. Tre landsting svarade att de inte har någon sådan kompetensutveckling och inte heller planerar att införa det, och fem landsting uppgav att de inte vet om någon sådan kompetensutveckling finns eller är planerad.

Det är i de flesta landsting sjuksköterskor och undersköterskor som omfattas av befintlig eller kommande kompetensutveckling om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Figur 9. Personalkategorier inom hälso- och sjukvården som omfattas av pågående eller planerad kompetensutveckling. N=9

Det går att ange flera svarsalternativ



Källa: Socialstyrelsen

Fråga: Vilka personalkategorier omfattas av kompetensutvecklingen för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa? Antal svarande: 9 landsting.

Utveckling av e-tjänster ett viktigt område

De allra flesta tandvårdsdirektörer anser att utveckling av journalföringen är något som kan förbättra samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Några tandvårdsdirektörer önskar gemensamma system medan andra skriver om sammankopplade system, eller system som medger läsbehörighet.

Vi skulle behöva en gemensam journal, eller åtminstone läsbehörighet i varandras journaler. Riktigt bra vore ju om förskrivna läkemedel, diagnoser etc. "hamnade" även i tandvårdens journal direkt.

Två av landstingen uppger dock att de har system som fungerar bra. I Norrbotten har tandvården och hälso- och sjukvården ett gemensamt journalsystem vilket underlättar samverkan. De menar att det snarare är kontakterna utanför regionen som fungerar mindre bra elektroniskt. Från hälso- och sjukvården i Norrbotten ser man dock att NPÖ och 1177 skulle kunna utvecklas mer. I Stockholm finns en sammanhållen journalföring genom systemet Take Care för specialisttandvård och medicinsk tandvård. Detta har "väsentligt ökat remissförslag och samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård".

Majoriteten av hälso- och sjukvårdsdirektörerna anser att det skulle vara önskvärt med gemensamma journalsystem med tandvården eller att hälso- och sjukvården åtminstone har möjlighet att läsa tandvårdens journaler. Legala och tekniska hinder kan dock innebära svårigheter för att genomföra detta. Flera hälso- och sjukvårdsdirektörer önskar att remisser och läkemedelsförskrivning ska bli synligt för båda parter, liksom att NPÖ blir synligt för tandvården.

Några tandvårdsdirektörer nämner också specifikt tillgång till patientens läkemedelslista som något som skulle öka patientsäkerheten och minska risken för eventuella komplikationer. Även remisshanteringen nämns, och ett

landsting uppger att i dagsläget skickar sjukvården och tandvården pappersremisser till varandra.

Övriga synpunkter tandvårdsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer

Som avslutning gavs respondenterna möjlighet att lämna synpunkter rörande samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, på sådant som inte redan fångats upp i enkäterna. Några tandvårdsdirektörer tog upp att tandvården träffar väldigt många patienter och att de därför är lämpade att fungera som ett nav i folkhälsoarbetet. En svarsperson skrev t.ex. att landstingets folktandvård kontinuerligt gör individuell riskbedömning av alla revisionspatienter utifrån allmänhälsa, munhälsa och levnadsvanor, och att dessa riskbedömningar borde kunna användas av kommun och landsting i planeringen av folkhälsoarbetet. Ett par tandvårdsdirektörer tog också upp att samverkan behövs kring äldre patienter och att det finns risk för att de tappar sin vårdkontakt.

Även hälso- och sjukvårdens kunskaper om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa, liksom om tandvårdens system, togs upp som övrig synpunkt från tandvårdsdirektörerna. Utbildningsinsatser, både under grundutbildningar och som fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal, framfördes som ett förbättringsförslag.

I övrigt nämndes också att för att få till samverkan så måste traditioner och inarbetade arbetssätt brytas, och det är viktigt att en samarbetsstruktur utformas som är systematisk och oberoende av person.

Hälso- och sjukvårdsdirektörerna å sin sida konstaterade att samverkan är ett mycket viktigt utvecklingsområde, och att det är viktigt att se tandhälsan som en del av patientens hela hälsotillstånd. Överlag behöver synen på hälsa bli mer sammanhängande i alla led. Att tandvården kan användas som en naturlig del i folkhälsoarbetet togs också upp, då tandvården möter en stor del av befolkningen. Vidare nämnde ett landsting att hälso- och sjukvårdspersonal har brister i sina kunskaper om tandhälsa, och ett landsting skrev att en förutsättning för fungerande samverkan är att traditioner och inarbetade arbetssätt behöver brytas.

Syn på samverkan Praktikertjänst och Privattandläkarna

Som ett komplement till enkätundersökningarna till landstingen skickade Socialstyrelsen ett frågeformulär till Praktikertjänst och privattandläkarna för att få del av deras syn på samverkansproblematiken mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har även haft ett möte med en representant för Praktikertjänst hösten 2018.

Praktikertjänst har inte tagit fram några egna rutiner eller styrdokument för samverkan med hälso- och sjukvården men privattandläkarna har bland annat tagit fram riktlinjer för remisshantering och för hur patienter som tappar förmågan att kommunicera sina behov ska bemötas. Till hindren för samverkan hör avsaknad av tydliga riktlinjer för när samverkan ska ske, olika journalsystem i tandvård och hälso- och sjukvård, sekretess mellan olika vårdgivare och få samverkansforum. Från Praktikertjänst tar man också upp att tandvård och hälso- och sjukvård har delvis olika huvudmän och att de är olika aktörer

med olika styrning och ekonomi. Privattandläkarna ser även bristande kunskaper om de olika tandvårdsstöden som ett hinder för samverkan.

Som förslag på lösningar på samverkansproblematiken nämner man gemensamma styrdokument som reglerar respektive verksamhetsområdes ansvar, samverkansforum och utvecklande av integrerade e-tjänster, t ex journalsystem. Från privattandläkarna tar man även upp gemensam fortbildning, interprofessionella nätverk samt samlokalisering av tandvård och hälso- och sjukvårdsverksamheter som förslag på lösningar. Privattandläkarna arbetar med att förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården genom att ta fram styrdokument, checklistor och informationsmaterial och genom att delta i utvecklingen av tandvården som expert- och referensdeltagare i olika utredningar.

På kompetensutvecklingsområdet organiserar Praktikertjänst utbildningar för att höja kunskapsnivån om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Utbildningarna är riktade till tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Man organiserar även gemensamma fortbildningar med hälso- och sjukvårdspersonal med fokus på samverkan mellan de båda systemen.

Inom området e-tjänster ser Privattandläkarna en stor potential för att förbättra samverkan men med förutsättningen att hänsyn tas till de privata tandläkarna som uppges redan nu behöva hantera flera olika e-tjänster eftersom landstingen har olika system. Privattandläkarna uppfattar att det finns ett ”vi och dem”- tänk mellan tandvården och hälso- och sjukvården varför det finns ett behov av arbete med attityder för att kunna förbättra samverkan mellan de båda områdena.

Styrdokument och riktlinjer i landstingen

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård undersökt hur samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är organiserad på landstingsnivå. Socialstyrelsen bad våren 2018 samtliga landsting och regioner att skicka in styrdokument och riktlinjer som behandlar samverkan mellan de båda systemen. Genomarbetade och strukturerade styrdokument är en viktig faktor när det gäller att säkerställa en välfungerande och likvärdig samverkan i landsting och regioner. Sammanlagt 17 av 21 landsting och regioner (81 procent) besvarade Socialstyrelsens förfrågan.

Sammanfattande kommentarer

Styrdokument som berör landstingens tandvårdsstöd är de vanligast förekommande styrdokument som landstingen och regionerna har skickat in som exempel på rutiner för samverkan. Stöden omfattar till stor del patienter som är i behov av en fungerande samverkan mellan de båda systemen. Till exempel patienter som omfattas av LSS (nödvändig tandvård) eller patienter med parkinsons sjukdom (tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning).

Övriga inskickade styrdokument inom områden där samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är nödvändig gäller bland annat cancer inklusive standardiserade vårdförlopp i cancervården, där en väl fungerande remissshantering är en viktig del.

Utifrån landstingens och regionernas inskickade styrdokument går det att dra slutsatsen att man har god insikt i var samverkan mellan tandvård och

hälso- och sjukvård behövs. Ett problem är att styrdokumentet är på den regionala nivån och inte på den nationella nivån, varför det kan skilja sig åt mellan landstingen när det gäller hur väl samverkan är utbyggd. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det viktigt att patienter som har ett behov av en fungerande samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården också får del av en fungerande samverkan oavsett var de bor i landet. Till exempel att systemet med standardiserade vårdförlopp i cancervården inkluderar tandvården i samtliga regioner och landsting så att nivån på samverkan inte påverkas av vilket landsting eller region patienten bor i. Dessutom är det önskvärt att samverkan fungerar likvärdigt inom landstinget/regionen. Till exempel att alla patienter med samma tillstånd/diagnos får tillgång till samverkan på samma nivå.

Rutiner gällande landstingens tandvårdsstöd dominerar

Samtliga landsting och regioner utom ett har skickat in rutiner och beskrivningar av landstingens olika tandvårdsstöd. Det vill säga oral kirurgi, tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid, tandvård för personer med stora behov till följd av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Samtliga dessa tandvårdsstöd ges till hälso- och sjukvårdsavgift förutom uppsökande verksamhet som är avgiftsfri. De fyra Norrlandslandstingen, det vill säga Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Region Jämtland/Härjedalen samt Region Västernorrland, har regiongemensamma riktlinjer för landstingens tandvårdsstöd.

Rutinerna och riktlinjerna innehåller beskrivningar av de olika tandvårdsstöden och vilka som har rätt till dem samt vilken roll landstingen har. Beskrivningar och anvisningar rörande uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är de vanligast förekommande. Anvisningar och lathundar är riktade till ansvariga i kommunen och beskriver kommunens ansvar för att identifiera personer som har rätt till stöden och för att omvårdnadspersonalen utbildas i munvård. I denna del av tandvårdsstödet ingår även patienter med demens och det vårdprogram för demens som skickats in hänvisar till nödvändig tandvård som den typ av tandvård som är aktuell för gruppen.

Åtta landsting har bifogat uppdragsbeskrivningar för upphandling av uppsökande verksamhet eller samverkansavtal/överenskommelser som beskriver vilka patientgrupper som har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård samt landstingets, kommunernas respektive tandvårdens ansvar när det gäller den uppsökande verksamheten och nödvändig tandvård.

Tolv av sjutton landsting har skickat in riktlinjer och rutiner som behandlar tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid, även kallad S-tandvård. Det handlar bland annat om anvisningar till läkare, tandläkare och sjuksköterskor som beskriver vilka sjukdomar och tillstånd som ingår i denna del av landstingens tandvårdsstöd.

Majoriteten av landstingen har även skickat in rutiner och lathundar som beskriver tandvård för personer med långvarig sjukdom och funktionsnedsättningar, så kallad F-tandvård. Denna del av landstingens tandvårdsstöd omfattar diagnoser och sjukdomstillstånd som berättigar till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift förutsatt att sjukdomen eller funktionsnedsättningen leder till stora svårigheter att sköta munhygien eller genomgå munvårdsbehandling. I anvisningar finns beskrivningar av vilka kriterier som

måste uppfyllas och vilken typ av blankett som ska användas av läkaren vid skrivande av läkarintyg.

Styrdokument som behandlar käkkirurgi är däremot inte så vanliga. Det är endast fyra landsting som har skickat in rutiner och riktlinjer för hur tandvården ska agera i dessa sammanhang. Det rör sig bland annat om rutiner för skrivande av remisser från tandvården till käkkirurgin och beskrivningar av vilka käkkirurgiska åtgärder som ingår.

Antibiotika och andra läkemedel

Rutinerna som rör läkemedel behandlar bland annat i vilka situationer tandläkare bör ta kontakt med läkare i samband med antibiotikabehandling. Sex landsting och regioner har skickat in riktlinjer för olika typer av läkemedelsbehandling. Riktlinjer som rör antibiotika är vanligast och behandlar till exempel antibiotikaproylax i tandvården och när det finns risk för infektionskomplikationer. I sådana situationer rekommenderas kontakt med behandlande läkare i flera fall, t.ex. vid invasiva odontologiska ingrepp på multisjuka patienter med okontrollerad diabetes eller då det kan vara aktuellt att justera pågående medicinering i samband med tandvårdsingreppet.

Som exempel kan nämnas att Västra Götaland har skickat in generella råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning i tandvården som tagits fram av läkemedelskommittéerna i 18 av landstingen.

Andra specifika läkemedelsrutiner rör bisfosfonater som bland annat används för behandling av benskörhet och cancer. Det finns dock en risk för käkbensnekros varför rekommendationen är att patienter som ska genomgå bisfosfonatbehandling ska genomgå en fullständig tandläkarundersökning på uppmaning av sin läkare. Exempel på styrdokument är inom detta område är att patienter på Gotland med cancerdiagnos och som ska behandlas intravenöst med bisfosfonat kan remitteras till Mun- och käkcentrum och få tandläkarundersökningen till hälso- och sjukvårdsavgift. Patienter med osteoporos som ska genomgå tablettbehandling informeras av sin läkare att de bör genomgå tandläkarundersökning. Någon remiss skrivs dock inte och undersökningen genomförs hos ordinarie tandläkare till tandvårdstaxa.

Slutligen har tre landsting skickat in kliniska råd vid handläggning av patienter med blodförtunnande läkemedelsbehandling. Det rör sig dels om NOAK (nya perorala antikoagulantia) som ersätter warfarin och dels olika typer av trombocythämmare. Patienter som ska genomgå mer omfattande tandvårdsbehandlingar och som genomgår någon av de ovanstående läkemedelsbehandlingarna behöver handläggas i särskild ordning och konsultation med behandlande läkare kan behövas.

Cancer och standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården är en nationell satsning för att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården. Detta ska göras genom att införa ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp. De standardiserade vårdförloppen ska minska tiden mellan välgrundad misstanke och påbörjad behandling. Två landsting har skickat in styrdokument som berör standardiserade vårdförlopp i cancervården, och flera andra landsting har dessutom skickat in beskrivningar av vårdprogram gällande behandling av olika typer av cancer.

Tandvården har en viktig roll att spela i detta arbete genom att man har mycket goda möjligheter att upptäcka tumörsjukdomar i huvud- och halsregionen. Tandvården är dessutom ofta den första instans som patienter med problem i munhålan tar kontakt med. En tidig upptäckt är ofta avgörande för bot och överlevnad varför styrdokumentet poängterar vikten av väl fungerande samarbete både med sjukhustandvården och med specialister inom öron-näsa-hals (ÖNH) i sjukvården. Inte minst viktigt i detta sammanhang är ett smidigt remissförfarande.

I tandvårdens styrdokument beskrivs vilka olika symptom som kan leda till misstanke om huvud- och halscancer och hur tandläkaren ska gå vidare. Vid stark misstanke om malignitet ska remiss skickas direkt till specialist inom ÖNH. Även efter det att cancerpatienten påbörjat behandling vid ÖNH-klinik behövs ett multidisciplinärt omhändertagande där specialist i ÖNH, sjukhustandläkare, käkkirurg och sjuksköterska ska samverka och samarbeta under behandlingens gång. Strålbehandling av cancer kan dessutom leda till mun-
torrhet vilket i sin tur kan leda till ökad risk för munhälsoproblem.

Andra samverkansområden

Övriga samverkansområden där landstingen skickat in riktlinjer och styrdokument är psykiatri, diabetes, stroke, transplantation och dialys, hälsofrämjande arbete, våld och palliativ vård samt asylsökande och hemlösa.

Inom psykiatri handlar det bland annat om en lathund som är riktad till läkare och sjuksköterskor inom psykiatri och som beskriver vilka av de olika tandvårdsstöden som är aktuella för patienter med psykisk sjukdom. Från psykiatriens synvinkel utgörs tandvårdsstöden av tre olika nivåer av stöd där den första nivån av stöd är ett begränsat stöd riktat till en stor grupp patienter medan den tredje nivån är ett omfattande stöd riktat till de svårast sjuka. Inom psykiatri återfinns också en beskrivning av vårdkedjan för patienter med ätstörningar som behöver slussas till tandvården [32].

Tre landsting har skickat in styrdokument som handlar om diabetes och hur tandvården ska arbeta med patienter med sjukdomen. Kronoberg har skickat in en riktlinje av behandling för diabetes som beskriver sjukdomen och vilka odontologiska aspekter det finns av diabetes, bland annat hur grav sjukdom och svårinställd diabetes kan påverka den orala hälsan negativt. Svårinställd diabetes är också en av de diagnoser som ger rätt till särskilt tandvårdsbidrag (STB). Västerbotten har bifogat en vårdrutin som beskriver ett samarbete mellan tandvården och primärvården inom diabetesscreening.

På strokeområdet har ett landsting skickat in ett vårdprogram med en beskrivning av hur en stroke kan påverka munhälsan negativt på ett påtagligt sätt. Alla strokepatienter som drabbas av funktionsnedsättning i extremiteter, muntorrhet och nedsatt motorik eller sensibilitetsstörning i ansiktet ska ges en bedömning av munhålan av tandvårdspersonal. Sjukvårdspersonal rekommenderas att ta kontakt med tandvårdspersonal för individuellt anpassade munskötselråd. I vårdprogrammet poängteras också hur viktigt det är att sjukvårdspersonal håller koll på munhälsan och hjälper till med patientens munvård.

Rekommendationen om tandvård vid njurtransplantation och dialys beskriver profylaktisk och terapeutisk behandling och i vilka situationer njurkon-

sult ska kontaktas. Rekommendationen tar också upp vikten av täta tandvårdskontroller efter genomförd transplantation på grund av att insatt mediciner kan leda till muntorrhet och ökad risk för karies.

På det palliativa området behandlar styrdokumentet riskbedömningar av patienter i livets slutskede med hjälp av ROAG och beskriver även hur munvård ska ges till patientgruppen.

Koppling munhälsa och allmän hälsa vanligast på tandvårdsutbildningarna

I Socialstyrelsens kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård ska myndigheten undersöka hur kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa kan öka hos hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal. Enligt Socialstyrelsens bedömning är denna typ av kunskap också viktig ur samverkanssynpunkt eftersom brister i kunskapen om denna koppling kan leda till att nödvändig samverkan uteblir vilket kan leda till negativa följder för patienten.

En förbättrad kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa kan även leda till att tandvård och hälso- och sjukvård blir bättre på att delta i utredning och omhändertagande av patienter.

För att undersöka vilka kunskapsmässiga förutsättningar hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal har inom detta område har Socialstyrelsen undersökt aktuella kursplaner hos fem olika utbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet och tandvårdsområdet. De fem aktuella utbildningarna är:

- läkare
- tandläkare
- tandhygienist
- sjuksköterska
- logoped.

Socialstyrelsen bad våren 2018 de sammanlagt 25 lärosäten som har rätt att genomföra någon av de fem utbildningarna att skicka in aktuella kursplaner. Därefter har de inskickade kursplanerna studerats för att undersöka om de innehåller utbildningsmoment som berör kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Tabell 2. Antal aktuella utbildningar och lärosäten. N= 25

Program	Antal lärosäten som har rätt att genomföra utbildningen	Inskickade kursplaner
Läkare	7	6
Tandläkare	4	3
Tandhygienist	10	5
Sjuksköterska	25	16
Logoped	6	5
Totalt antal program	52	35

Som ett komplement till genomgången av kursplanerna skickade Socialstyrelsen i augusti 2018 även en enkät till lärosätena. Enkäten skickades till pro-

gramansvariga för de aktuella 52 utbildningarna och den besvarades av företrädare för 36 utbildningar. Syftet med enkäten var att få kunskap om i vilken utsträckning de olika utbildningarna berör gränlandet mellan munhälsa och allmän hälsa.

Frågorna som ställdes handlade om huruvida det finns utbildningsmoment som behandlar kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa och i så fall i vilken omfattning och del av utbildningen, om det finns planer på att införa sådana moment; om utbildningen innehåller gemensamma kurser med andra utbildningar inom hälso- och sjukvård och tandvård, om det finns någon annan typ av interprofessionell samverkan samt om utbildningen innehåller information om hur hälso- och sjukvårdssystemen och tandvårdssystemen är uppbyggda. Avslutningsvis gavs möjlighet att lämna övriga synpunkter gällande samverkan och utbildningsprogram.

Sammanfattande kommentarer

Sammanfattningsvis finns det något moment som handlar om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa inom de flesta utbildningar. Av enkätsvaren framgår dock att det skiljer sig mellan utbildningarna när det gäller hur omfattande den delen av utbildningen är. Medan det inom tandhygienist- och tandläkarprogrammen beskrivs som ett tema som återkommer genom hela utbildningen, så visar de andra utbildningarna på mer spridda resultat.

Av svaren framgår att det ofta inte genomförs som en separat del utan att det är ett perspektiv som ingår i olika kurser, t.ex. i olika omvårdnads-, och geriatrik-, allmänmedicin- och diabeteskurser. Att uppskatta i vilken omfattning som kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa behandlas på de olika utbildningarna har i huvudsak visat sig vara svårt, då det är en integrerad del av utbildningarna och antal högskolepoäng därför är okänt. Ingen av de svarande har angett att de har någon specifik kurs som tillägnas just kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa, även om det är ett vanligt förekommande perspektiv.

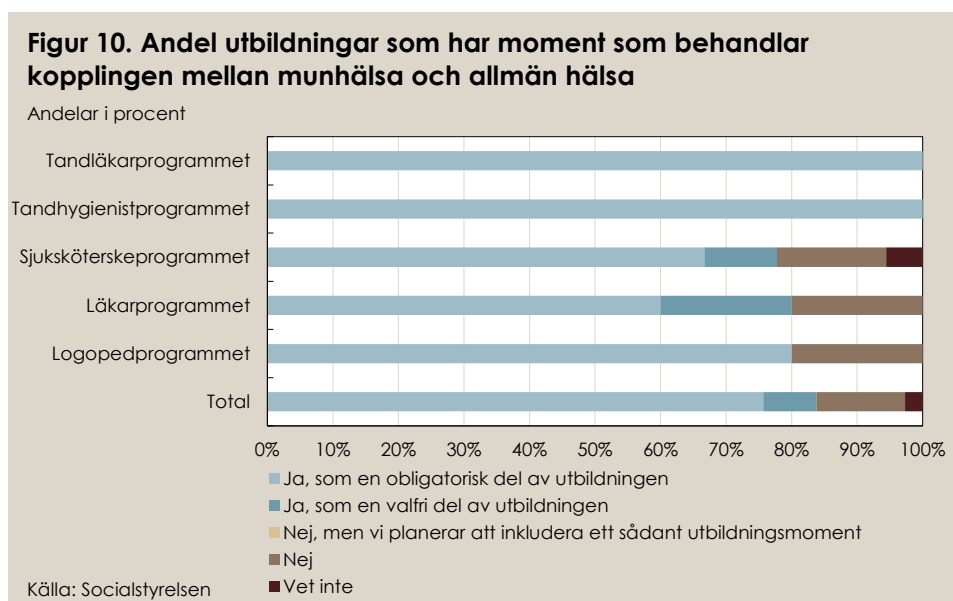
Denna bild bekräftas av genomgången av kursplanerna. På utbildningarna till tandläkare och tandhygienist är utbildningsmoment som behandlar kopplingen allmän hälsa och munhälsa mycket mer framträdande och det finns renodlade kurser med den inriktningen.

Mer än hälften av utbildningarna har gemensamma kursmoment mellan studenter från olika utbildningar. Det är dock få av läkar-, logoped- och sjuksköterskeutbildningarna som uppger att de har gemensamma kurser eller moment med studenter från tandläkar- och tandhygienistutbildningar. Organiserad interprofessionell undervisning förekommer således, men inte mellan tandvårdsstudenter och andra studenter i någon större utsträckning. En anledning till att det är svårt att få till gemensamma moment mellan tandvårds- och hälso- och sjukvårdsstudenter uppges vara att utbildningarna ibland inte finns på samma lärosäte. Interprofessionella kursmoment beskrivs också som att det kräver omfattande planering och därför kan vara svåra att få till stånd. Andra typer av interprofessionellt samarbete förekommer dock, och några tandläkar-, tandhygienist- och sjuksköterskeprogram anger att de planerar att införa sådant samarbete.

På frågan om studenterna ges information om tandvårdssystemen och hälso- och sjukvårdssystemen svarar de flesta att det ingår i utbildningen.

Moment som rör kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa

Totalt anger 75 procent (27 av 36 stycken) av de svarande att moment som handlar om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa är en obligatorisk del av utbildningen, medan 8 procent anger att det görs som valfria moment. 14 procent svarar att de inte har något sådant och tre procent har svarat att de inte vet om ett sådant moment finns. Figuren nedan visar att samtliga svarande inom tandläkarprogrammet (3 stycken) och tandhygienistprogrammet (5 stycken) uppger att de har obligatoriska moment i kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa. Företrädare för de andra utbildningarna har i större utsträckning svarat nej och/eller att det finns med som en valfri del av utbildningen.



Fråga: Innehåller utbildningen moment som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa?
Antal svarande: tandläkarprogram (3 st); tandhygienistprogram (5 st); sjuksköterskeprogram (18 st); läkarprogram (5 st); logopedprogram (5 st).

Logopedprogrammet

Inom fyra av fem logopedprogram finns moment som rör kopplingen munhälsa och allmän hälsa, enligt de svarande. Gemensamt för utbildningarna är att de inte görs som separata moment utan som del i olika föreläsningar och kursmoment, t.ex. i dysfagi och munhålecancerrehabilitering. En respondent uppger att det ingår i delar som handlar om patienter med t.ex. stroke och då genomförs som kortfattad information till studenterna om vikten av munhygien och att det har koppling till allmän hälsa. En kursansvarig skrev att det kommer upp under flera terminer, men att det inte är så synligt i kursmålen och därför varierar i omfattning.

Denna bild är också tydlig i kursplanerna till logopedutbildningarna. Totalt fem lärosäten skickade in aktuella kursplaner för logopedutbildningen. Moment som har koppling till allmän hälsa och munhälsa finns som nämnts ovan i bland annat kurser om sväljsvårigheter inom habilitering och rehabilitering. T.ex. logopedi vid medfödda sväljsvårigheter hos personer med funktionsnedsättningar samt diagnostik och åtgärder vid oralmotoriska avvikelser.

Kurser i patologi med fokus på munhålan och sjukdomar i mun, svalg och matstrupe, t.ex. cancer, har också tydlig koppling till munhälsa.

På Umeå universitet ingår en kurs i logopedi och habiliterande verksamhet som bland annat behandlar hur olika funktionshinder påverkar utveckling av tal och kommunikation. I kursen ingår också normal och avvikande bettutveckling samt ortodontisk och plastikkirurgisk behandling vid läpp- käk- och gomspalt. Vid Karolinska Institutet ingår en kurs i medicin på logopedutbildningen som fokuserar på geriatrik, neurologi och rehabilitering som inkluderar åldrande och munhälsa. I kursen ingår även ett avsnitt om demens och läkemedel samt sjukdomsrelaterad undernäring och nutrition.

Läkarprogrammet

Vid tre av de fem läkarprogrammen uppger respondenterna att moment som behandlar kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa är en obligatorisk del av utbildningen, medan en respondent uppgav att det är en valfri del. På tre program har denna del skett som en integrerad del i moment i andra kurser, t.ex. om diabetes, hematologi, reumatologi, geriatrik, allmänmedicin och klinisk medicin. På en av utbildningarna genomförs ett seminarium på tandläkarhögskolan. Ett program har inte något moment som behandlar kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa.

Genomgången av kursplanerna visar att det utifrån kursbeskrivningarna är svårt att utläsa om de innehåller moment med koppling till munhälsa men utifrån ämnet borde de göra det. Det gäller till exempel kurser som klinisk medicin som behandlar den äldre människan och palliativ vård där munhälsan har en naturlig del, eller kursmoment i farmakologi som inkluderar biverkningar och polyfarmaci. Området geriatrik är också ett sådant område som dessutom tas upp i enkätsvaren.

Sjuksköterskeprogrammet

Det finns obligatoriska moment som rör kopplingen munhälsa och allmän hälsa vid 12 av de 18 sjuksköterskeutbildningar som besvarade Socialstyrelsens enkät. Vid ytterligare två sjuksköterskeutbildningar ingår de som valfria moment. Dessa moment varierar i utförande och omfattning.

Många beskriver momenten som rör kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa som en integrerad del i en eller flera andra kurser. Huruvida det är tal om särskilda moment som handlar om just kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa, eller om det är ett perspektiv som tas upp, framgår inte av svaren. En svarande uppger t.ex. att det finns i termin två med koppling till basal omvårdnad, en annan att det ingår i personcentrerad omvårdnad i termin tre. En tredje svarsperson uppger att det diskuteras i moment som rör omvårdnad och palliativ vård. Några andra tar istället upp ett flertal olika kurser där perspektivet är integrerat, t.ex. i samband med undervisning i ohälsa och sjukdom vid vård av patienter i geriatrik, palliativ vård, psykiatri, omvårdnad med inriktning mot folkhälsoarbete, samt ohälsa, sjukdom och komplexa situationer hos vuxna och äldre i hemsjukvård och egen mottagning. En svarsperson skriver att momentet ingår i både grund- och specialistutbildning till distriktsköterska men belyses inte specifikt i någon kursplan.

Av svaren framgår också att undervisningen som behandlar kopplingen mellan munhälsa- och allmän hälsa ser olika ut. Följande metoder har kommit upp i svaren:

- Workshop om oral hälsa.
- Praktiska övningar, t.ex. klinisk träning enligt ROAG (Revised Oral Assessment Guide), tandborstning, utföra munvård på varandra.
- Tandvårdspersonal (tandsköterska respektive tandhygienist) föreläser om munhälsa.
- Examination genom ”case” där tanken är att mun och munvård ska aktualiseras.
- Perspektivet ingår i inlämningsuppgifter kopplade till föreläsningar och seminarier.
- Teoretiska föreläsningar och seminarier.

På tre av sjuksköterskeutbildningarna finns inga moment som behandlar kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa. En svarsperson uppgav att den inte vet om ett sådant finns.

Genomgången av kursplanerna bekräftar bilden i enkätsvaren av att kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är vanligt förekommande som en integrerad del i olika kurser. Vanligast förekommande är precis som nämnts ovan kurser i omvårdnad med fokus på den äldre patienten. Här ingår bland annat praktik inom äldre vården och riskbedömningar (ROAG). Andra delar i utbildningarna med tydlig munhälsokoppling är hälsofrämjande åtgärder, nutrition samt läkemedel och deras biverkningar. Teoretiska och praktiska utbildningsmoment med bäring på frågeställningen inkluderar hemsjukvård, psykiatri och primärvård. I sjuksköterskeutbildningarna ingår också delar som behandlar sjuksköterskans samordnande roll i verksamheten.

Tandhygienistprogrammet

Samtliga fem tandhygienistprogram som besvarat enkäten anger att de har moment som berör kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Det beskrivs som något som går som en röd tråd genom utbildningarna. En svarsperson skriver:

Kopplingen inleds på termin 1 för att sedan fortsätta under hela utbildningen. Utbildningsmomentet löper som en röd tråd genom hela utbildningen varför det är svårt att ange omfattning.

Genomgången av kursplanerna bekräftar denna bild. Utbildningsområdet oral hälsa beskriver och förklarar oral hälsa och hur denna kan främjas och hur de vanligaste orala sjukdomarna kan förebyggas. Tandhygienisten ska kunna samtala professionellt med patienter i alla olika åldrar om munhälsa och beteende som påverkar munhälsan. Utifrån patientens hälso- och munhälsotillstånd ska tandhygienisten bedöma om det finns ett behov av att involvera annan medicinsk eller odontologisk kompetens och utifrån detta konsultera eller remittera för vidare konsultation eller behandling.

I tandhygienistutbildningarna ingår också moment om kost och nutrition och dess betydelse för allmän hälsa och oral hälsa. Dels vilken betydelse den allmänna hälsan har för kostintag och dess påverkan på den orala hälsan, dels vilken betydelse den orala hälsan har för kostintag och intagsfrekvens.

Ett annat framträdande område är tandvård för vuxna med särskilda behov samt uppsökande verksamhet till äldre och patienter med stora vårdbehov. Tandhygienisten har en nyckelroll i den uppsökande verksamheten där de

bland annat ska utbilda vård- och omsorgspersonal. I gruppen vuxna med särskilda behov ingår äldre och personer med funktionsnedsättning.

För äldre ingår bland annat nutritionens betydelse, påverkan av olika sjukdomar på munhälsan, riskbedömningar och läkemedels effekter och biverkningar. För funktionshindrade ingår bland annat allmäntillståndets, vid funktionsnedsättningar, påverkan på munhälsan.

Sist men inte minst är kurser inom det hälsofrämjande arbetet som bland annat inkluderar tobaksprevention, metoder för beteendepåverkan och motivationsarbete, folkhälsa och mångfald samt ätstörningar och dess påverkan på hälsa och munhälsa en del av tandhygienistens utbildning som har tydlig bäring på kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Tandläkarprogrammet

Alla tre respondenter från tandläkarutbildningarna anger att de har moment som berör kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. De lyfter att utbildningarna har en helhetssyn och att kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa genomsyrar dem. Vid en av utbildningarna finns 14 stycken specifika kurser där munhälsa och allmän hälsa ingår. Omfattningen uppskattas till ungefär 17 högskolepoäng, även om kurserna tillsammans utgör betydligt mer. Kurserna behandlar t.ex. oral medicin, käkkirurgi, parodontologi, kariologi, orofacial smärta och öron-näsa-hals-sjukdomar. Vid en annan utbildning ingår kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa i åtminstone sju kurser, men omfattningen är svår att uppskatta.

En person skriver att munhälsa och allmän hälsa kommer in i moment som handlar om patienter med särskilda behov och att detta är ett senare moment i utbildningen.

Kursplanerna för tandläkarutbildningarna bekräftar den ovanstående bilden av en utbildning som genomsyras av en helhetssyn där kopplingen allmän hälsa och munhälsa är en naturlig del.

Samtliga utbildningar till tandläkare inkluderar exempelvis patologi som bland annat har som mål att tandläkarstudenterna ska få kunskap och förståelse för hur olika sjukdomstillstånd påverkar kroppen som helhet.

Internmedicin och medicinsk riskbedömning där kunskap och förståelse för invärtesmedicinska sjukdomar såsom endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar och reumatoida sjukdomar och deras betydelse för oral hälsa och odontologiska och medicinska riskbedömningar ingår också i tandläkarutbildningarna.

Tandläkarstudenterna genomgår även kurser inom öron-näsa-hals som inkluderar undersökningsteknik och kunskap om sjukdomar och infektioner i öron-näsa-halsområdet. Kunskaper om tumörer, missbildningar och trauma inom huvud och halsområdet står också i fokus, liksom utredning av snarkning och sömnapné.

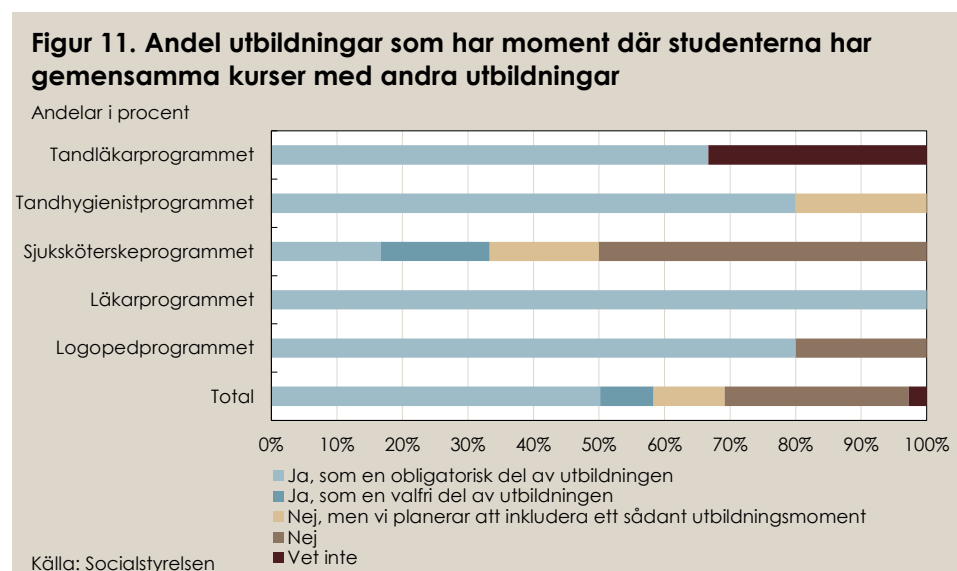
De delar i utbildningen som berör onkologi behandlar tandläkarens roll och agerande när det gäller misstänkta eller konstaterade tumörer i huvud och halsregionen. Det handlar om remissgång och behandling av patienter före, under och efter onkologisk behandling och samarbete med behandlande läkare.

Tandläkarprogrammen innehåller även utbildning i beteendeorienterad prevention som behandlar rökavvänjning, tandvårdsrädsla, kostrådgivning och livsstilens inverkan på hälsan.

Vidare innehåller utbildningen till tandläkare utbildningsmoment som behandlar patienter med särskilda behov och som bland annat fokuserar på somatiska och psykiska sjukdomar och deras betydelse för odontologisk behandling. Här ingår äldres sjukdomar och deras behandling, kost och munhälsa hos äldre och uppsökande verksamhet, farmakologi och läkemedelspåverkan samt tandvård vid psykisk ohälsa.

Gemensamma moment med andra utbildningar

På frågan om studenterna har gemensamma kurser eller kursmoment med studenter från andra utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård svarar 50 procent att detta är ett obligatoriskt moment medan åtta procent svarar att det finns som en valfri del av utbildningen. 28 procent svarar nej och 11 procent svarar att de inte har några gemensamma moment men att de planerar att införa sådana (figur 11).



Fråga: Innehåller utbildningen till [examen] moment där studenterna har gemensamma kurser med studenter från andra utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård? Antal svarande: tandläkarprogram (3 st); tandhygienistprogram (5 st); sjuksköterskeprogram (18 st); läkarprogram (5 st); logopedprogram (5 st).

Logopedprogrammet

Fyra av fem logopedprogram anger att de har obligatoriska gemensamma moment med studenter från andra utbildningar. Två respondenter skriver att de har gemensamma moment med samtliga program inom fakulteten på det lärosätet. Annars nämns samarbete med t.ex. audionom-, läkar-, fysioterapeut-, biomedicinsk analytiker- och sjuksköterskeprogram. Endast en av de svarande uppger att de har gemensamma moment med studenter från tandvårdsprofessionerna. En respondent uppger att de inte har några gemensamma utbildningsmoment med andra utbildningar.

Läkarprogrammet

Alla fem svarande på läkarprogrammet anger att de har obligatoriska gemensamma kursmoment. Inget av dessa program har gemensamma moment med någon av utbildningarna inom tandvården såsom tandhygienist eller tandlä-

kare. En person nämner dock att de tidigare har varit ST-tandläkare i käkkirurgi som följt kursen i invärtes medicin, vilket kommer att bli aktuellt igen i framtiden.

Sjuksköterskeprogrammet

Av totalt 18 svarande uppger tre stycken att gemensamma kurser eller moment är en obligatorisk del av sjuksköterskeutbildningen, och tre stycken uppger att det är en valfri del av utbildningen. I första hand nämns gemensamma kursmoment med studenter i läkarprogram. Samarbete med tandvårdsutbildningar kommer upp i två av kommentarerna, och då nämns att gemensamma moment sker med programmet oral hälsa, och att de medverkar i en interprofessionell workshop kring oral hälsa och omvårdnad av sköra äldre.

För tre utbildningar planerar man att inkludera ett gemensamt utbildningsmoment. I två av fallen anges att gemensamma moment kommer att ske mellan sjuksköterskeutbildningen och tandhygienistutbildningen, och för den tredje skriver man om läkar- och psykologutbildningarna. Övriga nio respondenter uppger att det inte har några gemensamma kurser eller moment.

Tandhygienistprogrammet

Fyra av fem tandhygienistprogram anger att de har obligatoriska gemensamma moment med andra. En av dessa skriver att de gemensamma momenten endast sker med studenter från andra tandvårdsutbildningar. De utbildningar som inte handlar om tandvård som nämns i enkäten är sjuk-sköterske-, arbetsterapeut-, biomedicinsk analytiker laboratoriemedicin-, biomedicinsk analytiker klinisk fysiologi-, och röntgensjuksköterskeutbildningar. En svarande skriver att de har en akademigemensam dag.

Tabell 3. Utbildningar som tandhygienistprogram har gemensamma moment med, uppdelat per lärosäte

Lärosäte	Utbildning, tandvård	Utbildning, ej tandvård
1	Tandteknikerprogram Tandläkarprogram	
2	Tandläkarprogram	Sjuksköterskeprogram Arbetsterapeutprogram
3		Biomedicinsk analytiker laboratoriemedicin Biomedicinsk analytiker klinisk fysiologi Röntgensjuksköterskeprogram Sjuksköterskeprogram
4	Tandteknikerprogram Tandläkarprogram	Akademigemensam dag

En respondent uppger att de planerar att inkludera gemensamma moment, nämligen med tandläkar-, sjuksköterske-, och arbetsterapeutprogrammet. En svarade att de inte har några gemensamma kurser.

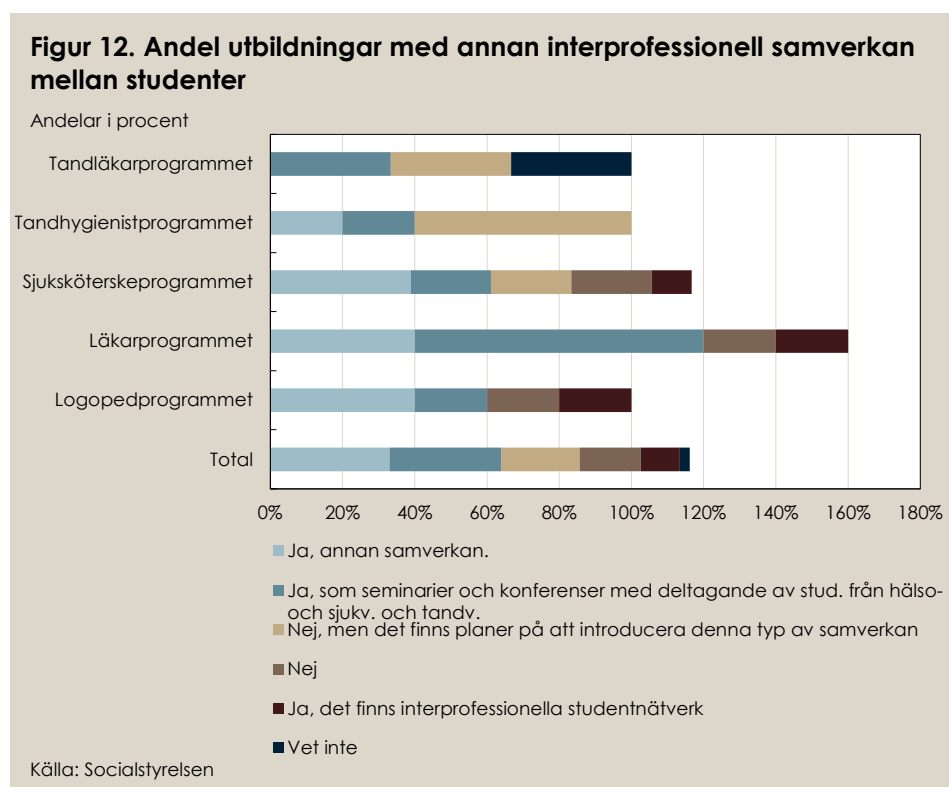
Tandläkarprogrammet

Respondenterna för två av tre tandläkarprogram uppger att de har obligatoriska gemensamma kurser eller moment med andra utbildningar. En av dessa anger att de samverkar med tandhygienistprogrammet. Den andra anger att gemensamma kurser ges med tandhygienistprogrammet och tandteknikerpro-

grammet, men nämner också att samarbetskurser tidigare har funnits med dietist- och läkarutbildningen och att de nu diskuterar hur de kan få stånd samarbete igen.

Andra typer av interprofessionell samverkan

Frågan ställdes i enkäten om det förekommer andra typer av interprofessionell samverkan mellan studenter i utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård. I figuren nedan presenteras resultatet på enkätfrågan. De svarande kunde fylla i flera svarsalternativ, varför andelarna i figuren inte summerar till 100 procent (figur 12).



Fråga: Förekommer det andra typer av interprofessionell samverkan mellan studenter till [examen] och studenter från andra utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård?

Antal svarande: tandläkarprogram (3 st); tandhygienistprogram (5 st); sjuksköterskeprogram (18 st); läkarprogram (5 st); logopedprogram (5 st).

Totalt 11 av 36 svarspersoner uppger att det genomförs seminarier och konferenser där studenter från både tandvård och hälso- och sjukvård deltar, medan fyra svarar att det finns interprofessionella studentnätverk.

Tolv av de svarande, motsvarande 33 procent, anger att annan interprofessionell samverkan förekommer mellan studenterna. Deras kommentarer kan sammanfattas i fyra teman:

- Särskilda samverkansdagar för olika studentgrupper, t.ex. läkar-, psykolog-, sjuksköterske-, arbetsterapeut-, och fysioterapeutstudenter. Några samverkansdagar eller liknande som innefattar studenter från tandvården nämns inte.
- Simuleringsövningar kring olika patientfall, t.ex. mellan sjuksköterske-, läkar-, fysioterapeut- och arbetsterapeutstudenter. Några övningar eller liknande som innefattar studenter från tandvården nämns inte.

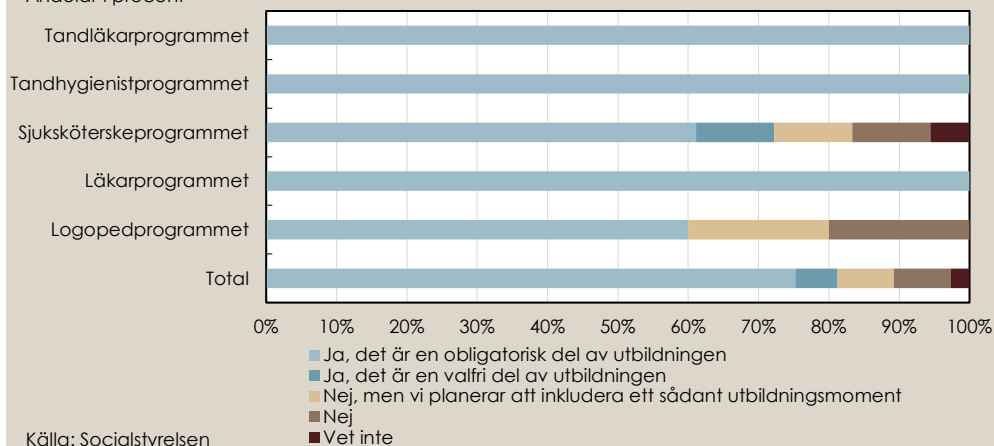
- Internationell samverkan nämns av en företrädare för tandhygienistprogram, samt av en företrädare för sjuksköterskeprogram som uppger att gemensamma seminarier med sjuksköterskestudenter från andra länder genomförs.
- Klinisk undervisningsavdelning som innefattar studenter från olika utbildningar, dock inte från tandvårdsutbildningarna.

Information om tandvårds- och sjukvårdssystemet

På frågan om studenterna på utbildningarna får information om hur omvårdnads-, sjukvårds-, och tandvårdssystemen är uppbyggda och fungerar svarade 75 procent (27 stycken) att det är en obligatorisk del av utbildningen, medan 5 procent (2 stycken) svarade att det är en valfri del. Gällande tandläkar-, tandhygienist- och läkarprogrammen svarade samtliga att det är en obligatorisk del. Inga övriga kommentarer lämnades till frågan.

Figur 13. Andel utbildningar som ger information om tandvårds- och/eller hälso- och sjukvårdssystemet

Andelar i procent



Antal svarande: tandläkarprogram (3 st); tandhygienistprogram (5 st); sjuksköterskeprogram (18 st); läkarprogram (5 st); logopedprogram (5 st).

Övriga synpunkter

Avslutningsvis gavs respondenterna möjlighet att lämna synpunkter gällande samverkan mellan olika utbildningsprogram i tandvård och hälso- och sjukvård. Många nämner att interprofessionell samverkan i allmänhet kan vara något värdefullt, att det uppskattas av studenterna och är värt att utveckla även i framtiden. Några företrädare för tandvårdsutbildningarna, d.v.s. tandläkar- och tandhygienistprogram, lyfter att det behövs insatser för att hälso- och sjukvården ska få kunskaper om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa, och att samverkan alltid är något positivt.

Vad som oftast nämns som försvärande för samverkan mellan olika program inom hälso- och sjukvård och tandvård är att alla utbildningar inte finns på samma lärosäte. Några skriver att de t.ex. saknar tandhygienist- och/eller tandläkarutbildningar vilket gör att interprofessionella initiativ blir svåra att genomföra inom lärosätet. En svarsperson lyfter att interprofessionella sam-

arbeten kräver att de olika kurserna eller utbildningarna ges med samma periodicitet för att det ska fungera, vilket kan vara svårt. Till exempel kan den ena utbildningen ges en gång per år medan den andra ges två gånger per år.

Gemensamma kurser beskrivs som något som kräver omfattande planering och stora arbetsinsatser. En person skriver:

Det hade varit tacknämligt med mer interprofessionellt samarbete, och goda ansatser har gjorts genom åren. Det brukar dock falla på att någon grupp inte anser sig få tillräckligt i utbyte i relation till den massiva arbetsinsats som dessa samarbeten kräver.

Litteratursökning samverkansproblematik

Som en del i uppdraget att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen under våren 2018 genomfört en litteratursökning. Sökningen syftade till att identifiera och tematisera publicerad litteratur om förutsättningar och hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

I sammanställningen, som presenteras i sin helhet i bilaga 3, tematiseras den litteratur som bedömdes vara relevant utifrån sina syften. Valda resultat har sammanställts, utan att göra anspråk på att ge någon uttömmande bild av innehållet. Vi resonerar kortfattat kring eventuella metodologiska brister som skapar svårigheter att överföra resultaten till det svenska tandvårds- och hälso- och sjukvårdssystemet, men ingen granskning har gjorts av studiernas vetenskapliga kvalitet. Sammanställningen syftar till att kartlägga litteratur inom samverkansområdet, att ge uppslag till framtida läsning samt att bidra med underlag till projektgruppens fortsatta arbete. Nedan sammanfattas de viktigaste resultaten.

Resultat

Litteratursökningen resulterade i 1 153 studier, och efter relevansbedömning i två steg återstod 71 studier, varav nio systematiska översikter. De tematiserades vidare utifrån sina frågeställningar eller övergripande syften, vilket resulterade i sex teman och totalt 18 underkategorier till dem. Vissa studier har huvudfokus på just tandvården, och hur dess aktörer kan samverka med hälso- och sjukvårdens aktörer, medan andra ser tandvårdens professioner som en av flera samverkande professioner även om primärt fokus inte är på tandvården.

Ett av sammanställningens huvudsakliga syften var att ta reda på vilken forskning som finns om just hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis genererade sökningen inte någon vetenskaplig studie som tar ett helhetsgrepp kring frågan i Sverige.

Några svenska publikationer som lyfter samverkansproblematik i allmänhet har dock identifierats, däribland Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Samordnad vård och omsorg: en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem* [5], och rapporten *Från medel till mål: att organisera och styra mot en mer samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv* [6]. Vårdanalys fokuserar på samordning inom hela vård- och omsorgssystemet, vilket kan vara relevant för

denna kartläggning även om de inte specifikt handlar om tandvård och hälso- och sjukvård. Vårdanalys publikationer och dess främsta slutsatser beskrivs mer utförligt i rapportens bakgrundsavsnitt.

Litteratursammanställningen har identifierat ett antal, främst internationella, studier som lyfter hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, men som också lämnar förslag till lösningar. Några exempel på eventuella lösningar på samverkansproblematik som framkommit i litteraturen är:

- politisk prioritering av munhälsa
- riktade policyer
- interdisciplinära nätverk
- öronmärkta resurser för samverkan
- kompensation för den ökade arbetsbelastning som samverkan/samarbete innebär
- fungerande kommunikation mellan samverkande verksamheter
- geografisk närhet mellan samverkande verksamheter
- tydligt ledarskap
- gemensamt ledarskap för samverkande professioner eller verksamheter
- öka hälso- och sjukvårdsprofessioners kunskaper om munhälsa
- öka allmänhetens kunskaper om munhälsa och tandvård
- öka samverkande professioners kunskaper om andra samverkande professioner och discipliner
- tvärvetenskaplig utbildning
- tvärvetenskaplig fortbildning
- fungerande relationer, t.ex. avsaknad av hierarkier, uppskattning, känsla av inkludering.

Det finns flera gemensamma nämnare mellan de hinder och lösningar som identifierats i litteraturöversikten och i den verklighetsbeskrivning som ligger till grund för denna kartläggning. Samverkan mellan systemen beskrivs som något som internationellt är i uppstartsfas, och att det finns både organisatoriska och strukturella hinder, liksom hinder på individnivå.

Tandvården och sjukvården beskrivs som parallella universum där tandvården ibland hamnar bredvid. I flera studier konstateras att det finns en kunskapsbrist och en omedvetenhet kring munnen och dess samband med den övriga kroppen. Det i sin tur kan leda till att frågan om samarbete mellan de båda områdena inte prioriteras. En litteraturöversikt [33] konstaterar att det finns vissa hinder för samverkan som snarare är kontextberoende än disciplinberoende. Frånvaro av riktade policyer, otillräcklig tvärvetenskaplig utbildning och ökad arbetsbelastning lyfts särskilt som hinder för samverkan som är allmänna snarare än exklusiva för tandvården. Liknande resonemang förs av Vårdanalys [6] som bl.a. skriver att det finns en okunskap om vad samordning innebär, och att en förutsättning är riktade policyer och styrning. De beskriver även finansieringssystemet som ett hinder då det saknas öronmärkta resurser för att genomföra samordningsarbete i verksamheterna vilket innebär att ett sådant arbete kan ses som en kostnad snarare än en förtjänst.

Många andra för utvärderingen intressanta frågeställningar lyfts också i sammanställningen i bilaga 3. Studier som undersöker hur olika typer av ut-

bildningsinsatser (interprofessionella eller inomprofessionella) för både studenter och yrkesverksamma påverkar deras kunskaper om munhälsa och kopplingen mellan munhälsa och allmänhälsa är relevanta för kartläggningen. Även om studierna som framkom i litteratursökningen generellt visar kunskapsförbättringar efter att olika utbildningar genomförts finns det i flera fall brister i deras forskningsmetoder, särskilt när det gäller urvalsstorlekar, urvalsmetoder och frånvaro av kontrollgrupper. Endast en av studierna inom dessa teman har utförts i Sverige.

Gällande tandvårdens och hälso- och sjukvårdens bidragande till omhändertagande har sökningen genererat studier med spridda syften och frågeställningar, vilket innebär att det är svårt att syntetisera deras resultat. Några studier handlar om screening för diabetes och högt blodtryck inom tandvården och fokuserar på Sverige. Ingen strukturerad sökning har dock gjorts på screening eller liknande begrepp, utan den litteratur som fångats upp inom området är ett resultat av sökningen om samverkan och hinder för samverkan.

När det gäller förutsättningar för gemensamma e-tjänster har litteratursökningen genererat en förhållandevis liten mängd studier, varav nästan alla är internationella, med heterogena frågeställningar. Det innebär att resultaten inte kan översättas till den specifika lagstiftning som gäller i Sverige t.ex. gällande personuppgiftsbehandling, eller det svenska systemet och dess uppdelningar.

Sammanfattningsvis har de 71 studier som presenteras i litteratursammanställningen varierande relevans, vetenskaplig kvalitet och överförbarhet. Hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård verkar vara ett område där det finns en kunskapslucka i Sverige och ett behov av mer forskning, även om det förekommit träffar som lyfter olika typer av potentiella hinder och möjliggörare för att samverkan ska fungera. Den kanske främsta slutsatsen som kan dras utifrån sammanställningen är att det inte verkar finnas några studier som behandlar frågan om samverkan eller hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i Sverige ur ett helhetsperspektiv.

Givet databassökningens metod kan inte studier som handlar om olika typer av samverkan (eller hinder för samverkan) mellan tandvård och hälso- och sjukvård fångas upp om de inte använder sig av något av de samverkans- eller samarbetsbegrepp som använts i sökningen. Den massa av studier som indirekt handlar om samverkan men som inte har ett samverkansperspektiv ingår således inte i materialet som Socialstyrelsen sammanställt.

Avslutande diskussion

Sammanfattning

Kartläggningen visar att det i stora delar råder en samsyn när det gäller vilka hinder för samverkan som finns mellan tandvården och hälso- och sjukvården. De mest framträdande är brister i kunskap om de olika tandvårdsstöden och kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Det faktum att tandvård och hälso- och sjukvård är olika aktörer med olika styrning och finansiering är också ett framträdande hinder för samverkan ur tandvårdens och intresseorganisationernas perspektiv.

Tandvården och hälso- och sjukvården är i stora delar överens om vilka områden där samverkan behöver utvecklas för att förbättra omhändertagandet av patienterna, men tandvården ser att finns ett behov av utökad samverkan i högre grad än hälso- och sjukvården. Exempel på områden där det råder samsyn om att samverkan är önskvärd och behöver utvecklas är äldre patienter och äldres sjukdomar, patienter med diabetes, smärtpatienter, patienter med ätstörningar och refluxsjukdom samt smärtpatienter.

Parterna är även i hög utsträckning överens när det gäller lösningar på hindren för samverkan. De vanligast förekommande förslagen på lösningar på samverkansproblemen är interprofessionella nätverk där tandvårdens och hälso- och sjukvårdens professioner möts samt utveckling av integrerade e-tjänster mellan de båda områdena, t.ex. journalsystem. Från tandvården ser man också att gemensamma styrdokument som reglerar respektive områdes ansvar och organiserandet av samverkansforum mellan tandvården och hälso- och sjukvården i landsting och kommun skulle kunna fungera som lösningar på samverkansproblemen.

Tack vare denna samsyn mellan tandvård och hälso- och sjukvård bedömer Socialstyrelsen att det finns goda förutsättningar för det fortsatta arbetet med att förbättra samverkan mellan de båda systemen i syfte att ge patienterna ett mer ändamålsenligt och effektivt omhändertagande.

De ovan redovisade hindren och förslagen på lösningar utvecklas i egna avsnitt nedan. Inledningsvis beskrivs de juridiska förutsättningarna för samverkan när det gäller processer som sammanhållen journalföring, läkemedelsförskrivning och informationsöverföring.

Hinder och föreslagna lösningar för samverkan från landstingen

Sammanhållen journalföring – juridiska förutsättningar

En förutsättning för att samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård ska kunna utvecklas vad gäller att koppla ihop processer som journalföring, läkemedelsförskrivning och andra typer av informationsöverföring mellan systemen är att det finns juridiska förutsättningar för det.

I första hand regleras hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården av PDL som anger vilka grundläggande förutsättningar som ska gälla för informationshanteringen avseende uppgifter om patienter inom såväl enskilt som offentligt driven hälso- och sjukvård.

Med hälso- och sjukvård i PDL avses bland annat verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Sekretess inom den offentliga sjukvården regleras av OSL och bestämmelser för tystnadsplikt inom privat hälso- och sjukvård återfinns i PSL.

I PDL finns också bestämmelser om sammanhållen journalföring vilket definieras som ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare. Offentliga och privata vårdgivare kan genom sammanhållen journalföring bygga upp system för elektronisk uppgiftslämning i databaser eller andra typer av informationssystem för vårddokumentation.

Patienten måste informeras om vad sammanhållen journalföring innebär innan patientuppgifterna görs tillgängliga och om sin rätt att motsätta sig att andra vårdgivare får del av vårddokumentationen (6 kap. 2 § tredje stycket PDL). Om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring får uppgifterna inte göras tillgängliga i en sammanhållen journalföring. Uppgiften om att patienten valt att avstå att låta sina uppgifter finnas tillgängliga samt vilken vårdgivare som har uppgifterna får dock göras tillgängliga genom sammanhållen journalföring.

För att andra vårdgivare ska få ta del av uppgifterna krävs dels att uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med, dels att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador hos patienten och även att patienten aktivt samtycker till det (6 kap 3 § PDL).

Det måste alltså finnas ett aktivt samtycke från patienten för att en annan vårdgivare ska få använda de uppgifter som gjorts tillgängliga genom sammanhållen journalföring. Samtycket kan dock lämnas i förväg, till exempel genom att patienten i samband med att uppgifter om patienten görs tillgängliga genom sammanhållen journalföring även ger samtycke till att en annan vårdgivare senare får ta del av uppgifterna. Till exempel kan samtycke lämnas i förväg om en patient remitteras till flera olika vårdgivare i en vårdprocess. Detta är i hög grad aktuellt när det gäller att knyta samman vårdprocesser som inkluderar såväl tandvård som hälso- och sjukvård för att förbättra samverkan mellan systemen.

Eftersom både tandvård och hälso- och sjukvård omfattas av PDL finns inte något uppenbart hinder för att tandvårdens vårdgivare och hälso- och sjukvårdens vårdgivare att avtala om sammanhållen journalföring.

Vårdgivarna behöver dock utforma system som är lämpliga och anpassade för olika situationer och verksamheter. Vårdgivarna måste utforma systemet så att det inte kan anses vara någon form av "läckage" av överflödigt journalinformation mellan den tandvård och hälso- och sjukvård som ges och som får tillgång till systemet.

Det blir en behörighetsfråga som handlar om till vad uppgifterna behövs och av vem, respektive vem som får tillgång till vilka uppgifter, och som vårdgivarna måste utforma i avtal och i behörighetsregler sinsemellan.

Inget hindrar att uppgifter från journalerna selekteras på ett visst sätt genom den applikation som medger sammanhållen journalföring mellan de olika typerna av verksamheter. Systemet måste dock avgränsa uppgifterna till att bara visa vad tandvården respektive hälso- och sjukvården behöver få information om så att det blir så lite integritetsingripande som möjligt. Det finns heller inget som hindrar att det finns flera system för olika ändamål.

Problemet är av mer praktisk natur i och med att tandvården och hälso- och sjukvården i hög utsträckning har olika journalsystem som inte är kompatibla. Detta är också något som tas upp som ett viktigt hinder för samverkan av landstingen och av Praktikertjänst. Samtidigt förekommer gemensam journalföring redan nu i några landsting. Här finns en betydande utvecklingspotential som förutom journalföring även inkluderar e-tjänster som läkemedelsförskrivning och remisser. De landsting som redan arbetar med gemensamma e-tjänster skulle kunna fungera som förebild för övriga landsting och regioner och för de privata vårdgivarna.

De landsting som arbetar med utveckling av e-tjänster tar bland annat upp anslutning till e-tjänsterna i 1177 och nationell patientöversikt (NPÖ) som exempel på aktiviteter. Det handlar bland annat om tidsbokning, anamnes, hälsotillstånd, remissförskrivning och gemensamma journalsystem eller åtminstone behörighet för tandvården att kunna läsa hälso- och sjukvårdens journaler och vice versa. En begränsning med NPÖ i nuläget är att det är få kommuner som använder det fullt ut, de flesta kan bara läsa journaler och inte själva skriva in uppgifter.

Utveckling av e-tjänster

Till e-tjänsterna hör remisser, läkemedelsförskrivning och journalföring. Majoriteten av landstingen efterfrågar en mer utvecklad journalföring där tandvården åtminstone har möjlighet att läsa hälso- och sjukvårdens journaler.

Det juridiska avsnittet ovan visar att det inte finns några uppenbara juridiska hinder för att tandvården ingår i hälso- och sjukvårdens system för sammanhållen journalföring. Flera landsting har också sammankopplade system redan nu, till exempel Norrbotten och Halland. Det vanligaste området att ha sammankopplad e-tjänst är mellan slutenvård och specialisttandvård.

I detta sammanhang är det även viktigt med utvecklingen av nationell informationsstruktur och arbetet med process-id. NI beskriver en grundläggande struktur för information som dokumenteras i en vårdprocess och som följer patienten oberoende av organisatoriska gränser. På samma sätt skulle en utvecklad användning av Snomed CT/Snodent och i förekommande fall

klassifikationer kunna ge en möjlighet att förbättra vårdkedjor, e-tjänster och läkemedelsförskrivning i tandvård och i hälso- och sjukvården. Via process-id kan vård- och omsorgsdokumentationen kring en patient hållas samman. Om tandvårdens verksamheter skulle kunna inkluderas i ett sådant system med individbaserade vårdprocesser kopplade till process-id öppnar det för möjligheter att förbättra samverkan mellan de båda områdena vilket i förlängningen gagnar patienterna.

Socialstyrelsen förvaltar, utvecklar och ger användarstöd till Snomed CT/Snodent och hälsorelaterade klassifikationer. Tillgången till Snomed CT/Snodent och klassifikationer innebär att det finns ett gemensamt begreppssystem och kodverk som underlättar statistisk bearbetning och forskning och möjliggör samarbete på ett enklare sätt mellan hälso- och sjukvård och tandvård.

Hur fungerar samverkan idag?

Majoriteten av landstingen har rutiner och styrdokument som behandlar samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Landstingen samverkar i första hand om patienter som behöver vård från både tandvård och hälso- och sjukvård, men också kring specifika diagnoser som patienter med diabetes.

Det är också vanligt med nätverk där professionen möts för att resonera kring gemensamma utmaningar. Det kan till exempel röra sig om nätverk/samverkansgrupper för ledningsnivån, t.ex. samverkan mellan specialistvårds-, primärvårds- och tandvårdsledningen och samverkan i medicinska kommittéer.

Andra typer av samverkan är exempelvis att tandhygienist besöker vårdavdelning för t. ex stroke eller att man har samordningsgrupp för äldres munhälsa som är riktad till invånare samt tandvårds-, sjukvårds- och omsorgspersonal, multidisciplinära ronder där tandvårdspersonal ingår eller äldrevårdsteam för de mest sjuka äldre.

När det gäller samverkan mellan tandvården och den kommunala hälso- och sjukvården lyfter många landsting fram de landstingsfinansierade stöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade. Även utbildning för vårdpersonal om äldres munhälsa och munvård nämns. Andra exempel på samverkan är möten mellan tandvården och medicinsk ansvarig sjuksköterska, hemsjukvårdsteam och folktandvårdens projekt "Tandhygienist i kommun" vid familjecentraler.

Var finns det behov av utvecklad samverkan?

Flera landstingsdirektörer ser att samverkan generellt behöver förbättras inom bland annat öron-näsa-hals, barnmedicin, onkologi, psykiatri, geriatrik och mellan tandvård och primärvård.

Tandvården ser ett betydligt större behov av utvecklad samverkan än hälso- och sjukvården. Knappt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer uppger att finns verksamhetsområden som saknar samverkan men där samverkan skulle vara önskvärt.

Från båda områdena ser man ett behov av utvecklad samverkan inom geriatrik och äldresjukdomar, refluxsjukdomar, smärtpatienter, sömnapnépatienter, patienter med ätstörningar, patienter med muntorrhet samt patienter

med diabetes. Intressant nog uppger var tredje hälso- och sjukvårdsdirektör att det inte finns några områden där samverkan saknas i nuläget.

Vilka hinder för samverkan har identifierats?

Flera landstingsdirektörer tar upp att tandvårdens och hälso- och sjukvårdens olika organisationer är ett hinder. Det faktum att tandvård och hälso- och sjukvård är olika organisationer med olika styrning och finansiering ses även som det främsta hindret för en utvecklad samverkan från intresseorganisationernas sida. Patienter och brukare som hamnar i gränslandet mellan de båda systemen anses missgynnas av den nuvarande uppdelningen.

Båda parter uppfattar att bristande kunskap i hälso- och sjukvården om de olika tandvårdsstöden är det främsta hindret för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i landstinget. Dessutom råder det samsyn om att bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa samt olika journalsystem är ett hinder för samverkan mellan de båda områdena. I detta instämmer intresseorganisationerna, praktikertjänst och privattandläkarna.

Från tandvårdsdirektörernas sida ser man skillnaden i finansieringssystemen som ett större problem för samverkan än hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Andra hinder som tandvårdsdirektörerna ser är ointresse i hälso- och sjukvården, att det föreligger skillnader i kultur och prioriteringar, att tandvården sällan bjuds in till de forum som finns samt tidsbrist.

Flera hälso- och sjukvårdsdirektörer ser också problem med det faktum att tandvården sällan bjuds in till de forum som finns. Dessutom kan ett hinder för samverkan vara att det är oklart vem som är ansvarig för att samverkan ska ske.

Landstingens föreslagna lösningar för att förbättra samverkan

Tandvårdsdirektörerna och hälso- och sjukvårdsdirektörerna ger ungefär samma förslag på lösningar på samverkansproblemen mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Gemensamma nätverk för professioner från tandvården och hälso- och sjukvården är den vanligaste lösningen, följt av integrerade e-tjänster mellan hälso- och sjukvård och tandvård, t. ex utvecklande av journalsystem.

Dessutom tog respondenterna upp gemensam fortbildning för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal samt forum för samverkan som lösningar på samverkansproblemen. Av redovisningen ovan framgår att olika typer av nätverk där tandvården och hälso- och sjukvården möts redan är i bruk, men att döma av tandvårdsdirektörernas och hälso- och sjukvårdsdirektörernas svar finns det en utvecklingspotential här. Gemensamma styrdokument, integrerade e-tjänster samt fler samverkansforum är också något som Praktikertjänst och privattandläkarna tar upp som lösningar på samverkansproblematiken.

Tandvården skulle enligt landstingen även behöva inkluderas mer i folkhälsoarbetet. Flera landsting framhåller att tandvården möter många patienter och att de därför är lämpade att fungera som ett nav i folkhälsoarbetet. Folk-tandvårdens riskbedömningar av revisionspatienter utifrån munhälsa, allmän hälsa och levnadsvanor skulle exempelvis kunna användas av hälso- och sjukvården i kommun och landsting i deras planering av folkhälsoarbetet.

Härigenom kommer tandvården även att bli mer delaktig i vård och behandling av patienterna. Ur ett folkhälsoperspektiv är det viktigt med ett ökat engagemang och samverkan vad gäller tobak, diabetes, nutrition och övervikt. Denna typ av arbete pågår redan i flera landsting. Till exempel i Västerbotten där tandvården arbetar med tobaksavvänjning och diabetesscreening i samverkan med primärvården.

Kompetens och kompetensutveckling

Brister i kunskaperna om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa och om munhälsans betydelse för den allmänna hälsan är en faktor som kan påverka hur väl patienten blir omhändertagen i hälso- och sjukvården och tandvården. Majoriteten av landstingen och regionerna ser också kunskapsbrist som ett hinder för samverkan. Bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa i professionen, samt ett behov av mer forskning inom detta område, är också något som intresseorganisationerna tar upp som ett viktigt hinder för samverkan.

Förbättrad kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa kan i sig leda till förbättrad och utökad samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, vilket är något som kan förbättra vård och omhändertagande av patienter som befinner sig i gränslandet mellan de båda områdena. Till exempel kunskap i sjukvården om att olika läkemedel leder till muntorrhet och att detta kan leda till ökad risk för karies. Omvänt kan brister i kunskapen om denna koppling leda till att önskvärd samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården uteblir. Oförståelse för hur andra professioner, verksamheter och enheter arbetar och är organiserade är också något som kan ha en negativ inverkan på samverkan.

En förbättrad kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa kan också leda till att tandvårdens och hälso- och sjukvårdens arbete med att utreda och omhänderta patienter kan utvecklas.

Utveckling av grundutbildningarna

Socialstyrelsens kartläggning visar att moment som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är betydligt vanligare inom utbildningarna till tandläkare och tandhygienist, och att det är ett tema som återkommer under utbildningens gång. Denna typ av moment förekommer dock på utbildningarna till läkare, sjuksköterska och logoped men ingår ofta i kurser inom något annat område, t.ex. utbildning om diabetes. Dessa moment är dessutom frivilliga i högre grad inom utbildningarna på hälso- och sjukvårdsområdet, medan de är obligatoriska för blivande tandläkare och tandhygienister.

Interprofessionella inslag i utbildningarna förekommer i relativt hög utsträckning men oftast inom tandvårds- respektive hälso- och sjukvårdsområdet och inte så ofta tillsammans med någon utbildning från den andra domänen. En svårighet när det gäller interprofessionell utbildning är att utbildningarna inte alltid finns på samma lärosäte. De kräver också relativt mycket förberedelser vilket kan vara en orsak till att de inte blir av.

Fortbildning av tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal

Färdigutbildad personal som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård och tandvård behöver fortbildning för att utveckla och fördjupa sin kompetens i yrket. Majoriteten av landstingen har också organiserat gemensamma fortbildningsinsatser för tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal.

Tandvården inom landstingen är dock något mer aktiva när det gäller att arrangera fortbildning som höjer personalens kunskapsnivå om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Majoriteten av landstingen har anordnat denna typ av fortbildning för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. På hälso- och sjukvårdssidan är det knappt hälften av landstingen som har anordnat någon sådan kompetensutveckling för de anställda. De vanligaste yrkeskategorierna är sjuksköterskor och undersköterskor.

Praktikertjänst organiserar också kompetensutveckling för sina medlemmar för att höja kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Man organiserar också gemensamma fortbildningar för tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal med fokus på samverkan. Även Tandläkarförbundet organiserar kompetensutveckling inom detta fält.

Jämlikhet och jämställdhet

En väl fungerande samverkan är viktig ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Patienter som behöver en fungerande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård för att få en god vård ska ha en likvärdig möjlighet att ta del av en fungerande samverkan oavsett var i landet de bor och avsett vilken diagnos eller vilket tillstånd de har.

Socialstyrelsens kartläggning visar också på att det finns betydande skillnader mellan landstingen när det gäller hur väl olika e-tjänster och andra processer för samverkan är utvecklade och utbyggda. Detta skulle kunna leda till att samverkan inte fungerar jämställt och jämlikt.

Socialstyrelsen har i en rad publikationer visat att vård och omsorg inte är jämlik. Bland annat visar en rapport från 2016 att personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning inte får tillgång till samma somatiska vård som andra patienter. Till exempel har personer med psykisk funktionsnedsättning som har sjukdomar som bröstcancer, hjärtinfarkt, stroke och diabetes en ökad dödlighet. Personer med insatser enligt LSS som insjuknar i hjärtinfarkt får inte tillgång till rekommenderade vårdåtgärder i lika hög grad som andra patienter [34].

Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöden visar också att personer med insatser enligt LSS får tillgång till tandvård i lägre grad [2]. Intresseorganisationerna tar också upp att patienter med funktionshinder och psykisk ohälsa är grupper som är särskilt utsatta i detta sammanhang. Därför är det rimligt att anta att även samverkan för utsatta grupper av patienter fungerar sämre än för andra grupper.

Bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa i de olika professionerna riskerar att påverka hur väl samverkan fungerar. Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns betydande skillnader i de aktuella utbildningarna när det gäller moment som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Kartläggningen visar också att landstingen har

olika sätt att organisera fortbildning som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Majoriteten av landstingen organiserar denna typ av fortbildning för tandläkare och tandhygienister medan knappt hälften av landstingen uppger att de organiserar denna typ av fortbildning för läkare, sjuksköterskor och logopeder. En annan faktor med koppling till bristande kunskap som kan påverka samverkan negativt ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv är bristande kunskap om de olika tandvårdsstöden och vilka patienter som är berättigade till dem. Detta är också något som tas upp av intresseorganisationerna.

Kompetensförsörjning och rekryteringsproblematik är också viktiga aspekter för jämställdhet och jämlikhet. Denna problematik kan leda till tillgänglighetsproblem, vilket i sin tur påverkar möjligheten till en fungerande samverkan.

Det är exempelvis svårt att rekrytera tandläkare till glesbygden och situationen för tandhygienister är likartad. Socialstyrelsens prognos är att andelen tandläkare per 100 000 invånare kommer att minska fram till 2030 [35]. Rekryteringsproblematiken är dock inte begränsad till tandvården utan gäller vård och omsorg generellt.

Socialstyrelsens fortsatta arbete

Socialstyrelsen planerar ytterligare undersökningar och analyser för att identifiera hinder och föreslå åtgärder för att förbättra samverkan mellan de båda områdena.

Under 2019 kommer Socialstyrelsen att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård genom uppföljande intervjuer med landsting och regioner med utgångspunkt i analyserna av 2018 års material.

Myndigheten ska dessutom kartlägga hinder för samverkan på verksamhetsnivå genom undersökningar riktade till privata och offentliga tandvårdskliniker, privata och offentliga vårdcentraler, sjukhuskliniker samt kommunens hälso- och sjukvård.

Förbättringsförslagen som identifierats genom kartläggningen kommer att analyseras under 2019. Dessutom har företrädarna för branschorganisationerna, intresse- och patientorganisationerna och myndigheterna via sina respektive referensgrupper lämnat förslag på förbättringsåtgärder. Dessa förslag ska analyseras vidare i det fortsatta arbetet.

I slutrapporten kommer även samverkan ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv att analyseras mer ingående. Vidare kommer Socialstyrelsen att ytterligare belysa samverkan ur ett patientperspektiv. Socialstyrelsen kommer också att genomföra en hälsoekonomisk analys för att beräkna kostnaderna för myndighetens förslag på hur samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården kan förbättras. Kartläggningen ska slutrapporteras till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 oktober 2019.

Referenser

1. Socialstyrelsens statistikdatabas, Hälso- och sjukvårdspersonal, Riket, Sysselsatta inom hälso- och sjukvård 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
2. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras av tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget. Delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
4. Tandlösa tandvårdsstöd: En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
5. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
6. Från medel till mål. Att organisera och styra mot en mer samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
7. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
8. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
9. Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Vetenskapligt underlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
11. Patientkontrakt. Slutrapport 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2018.
12. Patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
13. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017. Redovisning av en uppföljning av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
14. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
15. Tandlösa tandvårdsstöd. En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
16. Wårdh, IJ, M; Wikström, M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. Gerodontology. 2012; 29(787).
17. Nyström, E. Munvårdsutbildning inom hälso- och sjukvårdsutbildningar. Göteborg: Centrum för äldretandvård; 2009.
18. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
19. Nationell informationsstruktur 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
20. Översyn av klassifikationer och terminologi anslutning till tandhälsoregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

21. Snomed international. 5-step briefing. 2019. Hämtad 2019 från: <https://www.snomed.org/snomed-ct/five-step-briefing>
22. Goldberg LJ, EJ, Ceusters W, Smith B. The significance of snodent. I: R E, red. Connecting medical informatics and bio-informatics: IOS Press; 2005. s. 737-42.
23. Jean J, GS, Khare R, Bailey LC, Forrest CB, Hajishengallis E, Koo H. Retrospective analysis of Candida-related conditions in infancy and early childhood caries. *Pediatric Dentistry*. 2018; 40(2):131-5.
24. Ramoni RB, EJ, Tokede O, McClellan L, Simmons K, Yansane A, White JM, Walji MF, Kalenderian E. Adoption of dental innovations: The case of a standardized dental diagnostic terminology. *J Am Dent Assoc* 2017; 148(5):319-27.
25. Kalenderian E, TB, Ramoni R, Khan M, Kimmes N, White J, Vaderhobli R, Yansane A, Feilzer A, Walji M. Dental clinical research: an illustration of the value of standardized diagnostic terms. *J Public Health Dent* 2016; 76:152-6.
26. Neumann A, KE, Ramoni R, Yansane A, Tokede B, Etolue J, Vaderhobli R, Simmons K, Even J, Mullins J, Kumar S, Bangar S, Kookal K, White J, Walji M. Evaluating quality of dental care among patients with diabetes. *JADA*. 2017; 148(9):634-43.
27. Kalenderian E, WM, Tavares A, Ramoni R. An adverse event trigger tool in dentistry. A new methodology for measuring harm in the dental office. *JADA*. 2013; 144(7):808-14.
28. Bhardwaj A, RR, Kalenderian E, Neumann A, Heballi N, White JM, McClellan L, Walji M. Measuring up- Implementing a dental quality measure in the electronic health record context. *JADA*. 2016; 147(1):35-40.
29. Nilsson L, B-RM, Soop M, Nylén U, Ålenius C, Rutberg H. Incidence of adverse events in Sweden during 2013-2016: a cohort study describing the implementation of a national trigger tool. *BML*. 2018; 8(1):1-8.
30. Tokede O, RR, Patton M, Da Silva J, Kalenderian E. Clinical documentation of dental care in an era of electronic health record use. *J Evid Base Dent Pract*. 2016:154-60.
31. Hälsoärende och Process-ID. Förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individbaserade processer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
32. Psykiatri – Anvisningar för tandvårdsstöd. . Landstinget Dalarna; 2018.
33. Harnagea, H, Couturier, Y, Shrivastava, R, Girard, F, Lamothe, L, Bedos, CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ open*. 2017; 7(9):e016078.
34. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
35. Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Regeringsuppdraget samt förarbeten

Regeringsuppdrag Samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

*ur 2018 års regleringsbrev för Socialstyrelsen
S2017/07302/RS (delvis)*

Socialstyrelsen ska kartlägga och analysera de hinder som finns för ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ändamålsenlig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov samt lämna förslag på hur samverkan mellan de två systemen kan förbättras (prop. 2016/17:153 Det statliga tandvårdsstödet – förbättrad information, kontroll och uppföljning). Socialstyrelsen ska inhämta synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), tandvårdsbranschen och andra relevanta aktörer.

Socialstyrelsen ska belysa hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer kan knytas samman där det finns beröringspunkter, t.ex. vad gäller processer, vårdkedjor och ekonomi. Även inom utbyte av e-tjänster inom systemen, t.ex. inom journalföring och receptförskrivning finns det potential för effektivitetsvinster. Vidare ska det belysas hur hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kunskaper om orsakssamband mellan munhälsa och allmänhälsa kan öka liksom hur hälso- och sjukvården och tandvården ömsesidigt och inom respektive system kan bidra till utredning och behandling.

En utgångspunkt för uppdraget är att nuvarande ansvarsfördelning och finansiering ligger fast. De förbättringsmöjligheter som identifieras bör kunna ske inom nuvarande formella ramar. Socialstyrelsen ska redovisa kostnadsberäkningar på de förslag som lämnas samt beakta såväl jämställdhets- som jämlikhetsperspektivet i uppdraget. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 oktober 2019. En delredovisning av uppdraget ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 januari 2019. Socialstyrelsen får för uppdragets genomförande använda 2 000 000 kronor under 2018. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 28, Till Socialstyrelsens disposition.

Regeringens proposition Det statliga tandvårdsstödet – förbättrad information, kontroll och uppföljning (prop. 2016/17:153).

Regeringen föreslår att ett arbete initieras med ett första syfte att kartlägga och analysera de problem och hinder som finns för patienter med problem som ligger i gränslandet mellan tandvård och hälso- och sjukvård att få ett adekvat och effektivt omhändertagande. En utgångspunkt för arbetet är att nuvarande ansvarsfördelning och finansiering ligger fast. De förbättringsmöj-

ligheter som identifieras bör kunna ske inom nuvarande formella ramar. Arbetet bör i första hand ta sikte på vuxentandvården eftersom det är där de största problemen finns. Regeringen anser att det är viktigt att genomföra en kartläggning samt att ta fram mål och åtgärder för hur en bättre samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan åstadkommas (Prop. 2016/17:153, s. 41).

Regeringen bedömer att hela frågan om samverkan behöver belysas närmare för att tydligare definiera både problemen och deras omfattning samt möjliga vinster. En hälsoekonomisk analys är en viktig del i ett sådant arbete (Prop. 2016/17:153, s. 41).

Skälen till regeringens bedömning är att hälso- och sjukvården finansieras i huvudsak av landstingen och i mindre utsträckning av genom patientavgifter medan tandvården i hög utsträckning finansieras av patienterna själva och av staten med cirka en tredjedel. Sjukdomar i munnen kan påverka övriga delar av kroppen och vice versa. Vissa sjukdomar kan yttra sig genom problem i munnen. Följden av detta blir att patienten riskerar att hamna i kläm när tandvården är mest lämpad att genomföra en åtgärd men är tvungen att debitera fullt pris medan hälso- och sjukvården kan utföra den till hälso- och sjukvårdsavgift. På motsvarande sätt kan läkare tveka att konsultera tandvården i en utredning eftersom patienten då får ta en stor del av kostnaden själv. Det finns sannolikt också situationer då läkare skulle behöva skicka patienter till tandläkare men det inte sker, på grund av okunskap eller av någon annan anledning (Prop. 2016/17:153, s. 40f).

Det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad en ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov. Det finns flera områden inom kirurgi, oral medicin, bettfysiologi och radiologi där det sker samarbete i dag men där det skulle behöva utvecklas ytterligare. Även inom utbyte av utbyte av e-tjänster mellan systemen, t.ex. inom journalföring och receptförskrivning, kan det finnas potential för effektivitetsvinster (Prop. 2016/17:153, s. 41).

Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76).

Betänkande av utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd

Utredningen föreslår att ett arbete initieras med syfte att kartlägga och ta fram förslag på mål och åtgärder för hur en bättre samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan åstadkommas för att lösa problem för patienter som finns i gränslandet mellan dessa. Socialstyrelsen ges i uppdrag att leda detta arbete och att samla berörda aktörer att medverka i arbetet.

Utredningen bedömer att det finns behov av att se över hur tandvårdens processer skulle kunna samordnas med hälso- och sjukvårdens processer. Hela frågan behöver belysas närmare för att tydligare definiera både problemen och deras omfattning samt möjliga vinster. En hälsoekonomisk analys är en viktig del i ett sådant arbete (SOU 2015:76, s. 363).

Det beskrivna problemet kan spjälkas upp i två delar:

- Hur kan tandvårdens och sjukvårdens processer knytas samman där det finns beröringspunkter, för att patienterna ska ges ett ändamålsenligt och effektivt omhändertagande.
- Hur kan hälso- och sjukvårdens kunskaper om munhälsa öka och hur tandvården kan bidra till utredning och omhändertagande.

En bättre ömsesidig kunskap kommer enligt utredningen nog inte till stånd med mindre än att samarbetet blir bättre mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Därför bör ett arbete initieras med syfte att göra en kartläggning samt ta fram förslag på mål och åtgärder som ska underlätta för patienter med problem som ligger i gränslandet mellan tandvård och hälso- och sjukvård för att få ett adekvat och effektivt omhändertagande (SOU 2015:76, s. 363).

En utgångspunkt för arbetet bör vara att nuvarande finansiering ligger fast. De förbättringsmöjligheter som identifieras bör ske inom nuvarande formella ramar. Arbetet bör i första hand ta sikte på vuxentandvården eftersom det är där de största skillnaderna/problemen finns – till följd av det delade huvudmannaskapet.

Inom ramen för arbetet bör enligt utredningen bl. a göras en analys kan integreras i de e-tjänster som utvecklas inom hälso- och sjukvården. Det handlar t. ex om journalsystem och receptförskrivning. Flera initiativ pågår för att tillgodose behovet av att effektivisera vården och stärka patientens ställning. Det skulle kunna innebära stora förbättringar om dessa tjänster också omfattade tandvården vilket de inte gör i dagsläget (SOU 2015:76, s. 363f).

Skälen för utredningens förslag är att hälso- och sjukvården och tandvården i dag reglerad i olika formella ramverk vilket bland annat innebär att de inte planeras eller styrs på samma sätt eller samarbetar i den utsträckning som behövs. Hälso- och sjukvården finansieras till stor del av landstingen och i mindre utsträckning av patientavgifter medan tandvården i hög utsträckning finansieras av patienterna själva och av staten med cirka en tredjedel (SOU 2015:76, s. 362).

Sjukdomar i munnen kan påverka övriga delar av kroppen och vice versa. Vissa sjukdomar kan yttra sig genom problem i munnen. Om tandläkarna kunde skicka vissa av dessa patienter till hälso- och sjukvården skulle det enligt utredningen kunna lösa vissa problem. För patienten innebär det dock att man bryter en vårdkedja och tandläkaren förlorar en patient. Om tandläkaren själv utför sjukvårdsåtgärder som inte definieras som tandvård så utgår ingen tandvårdsersättning. Följden blir att vissa patienter riskerar att hamna i kläm när tandvården i vissa fall är mest lämpad att utföra en åtgärd men är tvungen att debitera patienten fullt pris medan hälso- och sjukvården kan utföra den till hälso- och sjukvårdsavgift. På motsvarande sätt kan läkare tveka att konsultera tandvården i en utredning eftersom patienten då får ta en stor del av kostnaden själv (SOU 2015:76, s. 362).

Sannolikt finns det även brister i kontakterna mellan tandvård och hälso- och sjukvård och i kunskaperna på ömse håll om den andra delen. Det finns säkerligen situationer då läkare skulle behöva skicka patienter till tandläkare men att det inte sker på grund av okunskap eller andra skäl. Utredningen ser att det finns en tydlig ömsesidig nytta med en ökad samordning eftersom dagens uppdelning inte främjar den helhetssyn som gynnar patienterna och ett

effektivt hälsofrämjande arbete. Det finns flera områden inom kirurgi, oral medicin, bettfysiologi och radiologi där det sker ett samarbete redan i dag men där detta skulle behöva utvecklas. Det handlar om processer, vårdkedjor och ekonomi (SOU 2015:76, s. 362f).

Bilaga 2. Projektorganisation och referensgrupper

Projektorganisation

Ansvarig enhetschef

Elisabeth Wörnberg Gerdin, enhetschef, Utvärdering och analys/Utvärdering

Projektgrupp

Thomas Malm, utredare, Utvärdering och analys/Utvärdering, projektledare

Kristin Larsson, utredare, Utvärdering och analys/Utvärdering, projektmedlem

Álfheiður Ástvaldsdóttir sakkunnig tandvård, Utvärdering och analys/Utvärdering, projektmedlem

Andreas Johansson, utredare, Utvärdering och analys/Utvärdering, projektmedlem

Övriga deltagare

Anna Malmberg, utredare, Utvärdering och analys/Epidemiologi och metodstöd

Lars Holm, statistiker, Utvärdering och analys/Epidemiologi och metodstöd

Frida Lundgren, statistiker, Statistik och jämförelser/Statistik 2

Peter Elging, informationsspecialist, Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården/Väglädning för hälso- och sjukvården

Francesca Rio, informationsspecialist, Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården/Väglädning för hälso- och sjukvården

Keng-Ling Wallin, hälsoinformatiker, Kunskapsstyrning för socialtjänsten/Informationsstruktur och e-hälsa

Anders Alexandersson, jurist, Rättsavdelningen/Hälso- och sjukvårdsjuridik

Referensgrupper

Socialstyrelsen ska enligt regeringsuppdraget inhämta synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), tandvårdsbranschen och andra relevanta aktörer. Myndigheten har med detta i åtanke organiserat tre olika referensgrupper med företrädare för myndigheter, branschorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Referensgrupperna har haft två möten under 2018, ett möte på våren och ett möte på hösten, där Socialstyrelsen informerat om arbetet i uppdraget och bitt om synpunkter på utkast till enkäter och delrapport. Medlemmarna i referensgrupperna har lämnat värdefulla synpunkter i såväl skriftlig som muntlig form till projektgruppen. Referensgrupperna består av företrädare för följande myndigheter och organisationer:

Referensgrupp myndigheter

- Försäkringskassan
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Referensgrupp branschorganisationer m.fl.

- Sveriges Kommuner och Landsting
- Sveriges tandläkarförbund
- Sveriges läkarförbund
- Svensk tandhygienistförening
- Svensk sjuksköterskeförening
- Sveriges tandsköterskeförbund
- Privattandläkarna
- Svensk folktandvårdsförening
- Praktikertjänst (anslöt hösten 2018)

Referensgrupp intresseorganisationer

- Pensionärerna riksorganisation (PRO)
- Sveriges pensionärsförbund (SPF)
- Svenska kommunalpensionärernas förbund (SKPF)
- Riksförbundet Pensionärsgemenskap (RPG)
- Funktionsrätt Sverige
- Diabetesförbundet
- Demensförbundet
- Reumatikerförbundet
- Tandvårdsskedeförbundet

Bilaga 3. Litteratursökning

Bakgrund

Som en del i uppdraget att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen under våren 2018 genomfört en litteratursökning. Sökningen syftade till att identifiera och tematisera relevant publicerad litteratur som handlar om olika typer av förutsättningar och hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Syftet är att sammanställa vilken vetenskaplig litteratur som finns på området, att ge uppslag till framtida läsning samt att bidra med underlag till projektgruppens fortsatta arbete.

Metod

Litteratursökningens genomförande

Litteratursökningen genomfördes av Socialstyrelsens informationsspecialister i samråd med projektgruppen i databaserna Artikelsök, PubMed, Cinahl, DOSS, Social Policy and Practice, Joanna Briggs EBP och SwePub i mars 2018. Sökningen syftade till att hitta forskningsartiklar och systematiska översikter som behandlar samverkan och hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Vid en initial sökning framkom att det finns en mycket begränsad mängd svenska vetenskapliga studier som behandlar uppdragets intresseområde, varför litteratursökningen även innefattar internationell forskning.

Definitioner och sökord

Databassökningarna om samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård var breda. Sökord för hälso- och sjukvården (såsom *health service**, *health care*, *healthcare*, *physician* och *primary care*) kombinerades med sökord för tandvården (t.ex. *dental care*, *dental health*, *oral care*, *oral health*, *oral hygiene*) och ord för samverkan (t.ex. *collaborat**, *cooperat**, *co-operat**, *cross-disciplin*, *cross-organ**, *interorgan**, *different authorit**, *joint work*, *inter-profession**). Den mer generella sökningen kompletterades också med ytterligare sökningar med mer riktade sökord som rör samverkan (t.ex. *interprofessional relations*, *cross-sector*, *integrated*, *multidisciplinary care team* och *partnership*), liksom med ord för hinder för samverkan (t.ex. *barrier**, *obstacle**, *hamper** och *problem*).

Den breda sökningen är ett resultat av att det inte finns någon allmänt erkänd definition av vad samverkan är för något [36-38]. Forskning som berör samverkan bedrivs både i Sverige och internationellt, inom olika discipliner och kan ha fokus på olika områden, varav hälso- och sjukvård och tandvård är ett. Det finns många begrepp som ligger nära samverkan som ibland används synonymt i hälso- och sjukvårdslitteraturen, t.ex. samarbete, samordning, koordinering och integrering [38-40]. Ett exempel som sätter fingret på avsaknaden av konsensus om begreppet är att i en översikt av WHO [39] om integrerad vård nämns att en systematisk litteraturöversikt funnit så många som 175 överlappande definitioner av integrerad vård.

Vid utformandet av litteratursökningen och i genomgången av materialet som framkom i sökningen gjordes alltså inte någon tydlig avgränsning när det kommer till samverkansbegreppet. Vi utgick ifrån att samverkan kan ske på olika nivåer, mellan olika aktörer, organisationer, professioner eller individer. Det kan å ena sidan handla om när t.ex. myndigheter, vårdgivare eller företag samverkar med varandra utifrån upprättade samverkansavtal. Å andra sidan kan samverkan också ske när enskilda individer konsulterar andra enskilda individer, t.ex. från en annan professionsgrupp.

Förutom den breda sökning som kombinerar ord som representerar tandvård och hälso- och sjukvård så gjordes också kompletterande kombinationer där sökord om e-tjänster lades till. Däribland finns ord som *electronic prescribing*, *e-health*, *electronic health records*, *medical record linkage*, *nursing records* och *dental records*.

Metod för urval av studier

Materialet som framkom i litteratursökningen gick igenom två gånger. Den första genomgången genomfördes av två av varandra oberoende utredare i projektgruppen. Artiklarnas sammanfattningar (*abstract*) lästes och bedömdes utifrån dess relevans. Artiklar som bedömdes behandla relevanta frågeställningar togs vidare, medan övriga exkluderades. Material publicerat före år 2008 exkluderades, liksom sådant som är författat på andra språk än svenska och engelska.

De artiklar som bibehölls efter den första genomgången lästes sedan i fulltext av en utredare för ytterligare en relevansbedömning. Material som inte är forskning eller som inte genomför någon undersökning, t.ex. så kallade *editorials*, debattartiklar, konferenssammanställningar, expertutlåtanden och *overviews* uteslöts också, liksom annat material som saknar beskrivning av studiens forskningsmetod.

Kvarstående artiklar tematiserades utifrån sina frågeställningar. Inga avgränsningar har gjorts avseende vilken design eller forskningsmetod studierna har, vilket innebär att vi har tagit med såväl kvantitativa som kvalitativa primärstudier och systematiska översikter. Ingen kvalitetsgranskning har gjorts av studierna.

Figur 1. Metod för urval av studier



Tematisering av studier

De studier som bedömdes relevanta tabellerades med kolumner om deras syfte och frågeställningar, forskningsmetod, land och huvudsakliga resultat enligt författarna. De delades in i översiktliga teman och därefter i mer finfördelade underkategorier. Det finns fall där en och samma studie har flera parallella frågeställningar och därför skulle kunna kategoriseras inom flera underkategorier. Projektgruppen har i sådana fall gjort en bedömning av vad som är mest centralt i studien, t.ex. utifrån vilka resultat som ges mest utrymme i slutsatserna.

Resultat

Litteratursökningen resulterade i 1 153 träffar. Efter att artiklarnas relevans bedömts utifrån deras sammanfattningar återstod 390 artiklar som lästes och relevansbedömdes i fulltext. De 71 artiklar som återstod efter läsningen i fulltext tematiserades vidare utifrån dess frågeställningar.

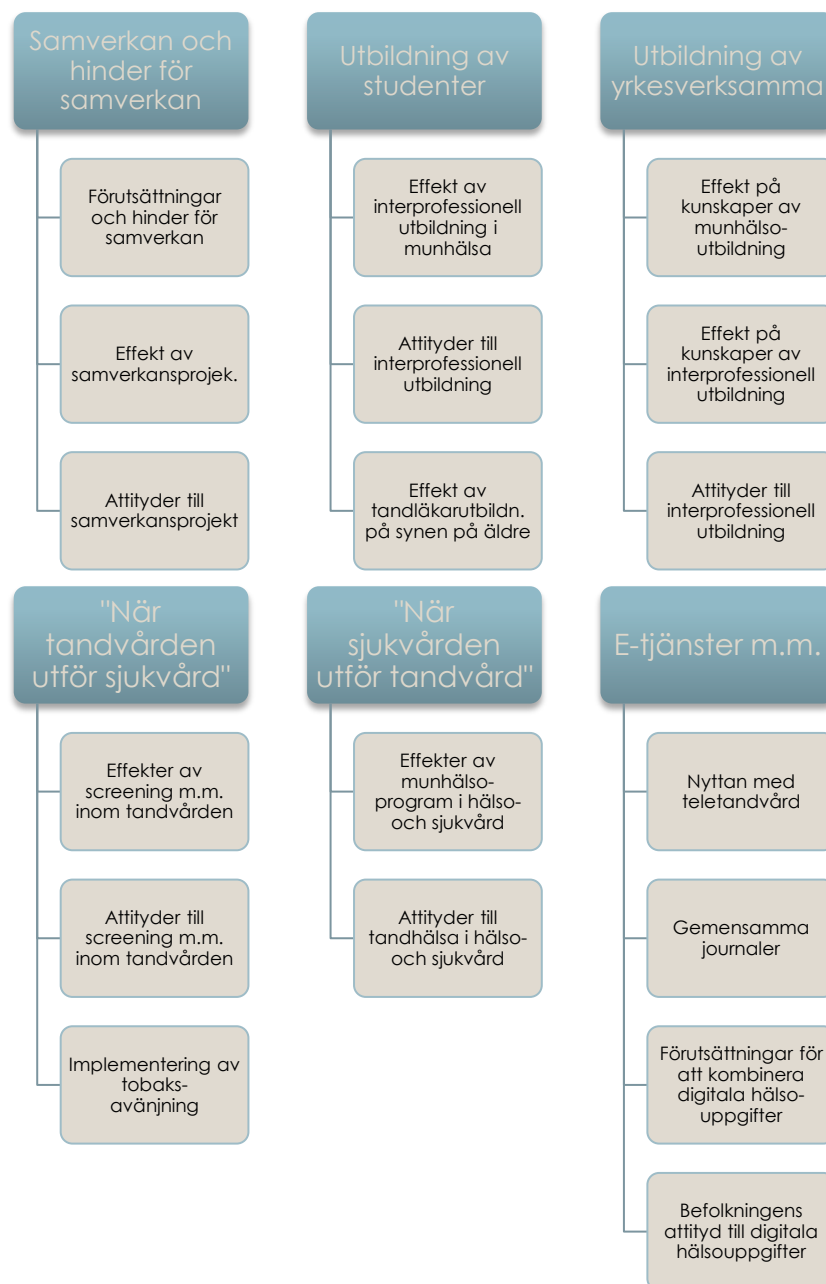
Figur 2. Urval av studier



I detta avsnitt sammanfattas relevanta punkter från litteraturen, och några enskilda resultat lyfts - särskilt från systematiska översikter och studier som utspelar sig i Sverige. Sammanfattningarna gör inte anspråk på att ge läsaren någon uttömmande bild av studiernas innehåll, utan ska i första hand ge uppslag till framtida läsning. För vidare läsning hänvisas till originalstudierna som är listade i slutet av sammanställningen. Ingen granskning av studiernas vetenskapliga kvalitet har gjorts, utan syftet är att ge en överblick över forskning kring samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

I figur 3 illustreras de sex huvudteman som litteraturen delades upp i, utifrån dess syften och frågeställningar.

Figur 3. Tematisering av studier



Tema 1. Samverkan och hinder för samverkan

Totalt handlar 22 av de 71 studierna om olika samverkans- och samarbetsprojekt, respektive hinder för samverkan, mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Studier som endast beskriver fall där samverkan sker har inte tagits med vid urvalet, inte heller studier som handlar om olika behandlingsalternativ.

Tabell 1. Studier om samarbetsprojekt och hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården

Underkategori	Studie
Mäter hinder och underlättande faktorer för interprofessionellt arbete/samverkan	Boynes et al. 2017 [41]; Bunniss et al. 2008 [42]; Edvardsson et al. 2011 [43]; Glurich et al. 2017 [44]; Harnagea et al. 2017 [33]; Harnagea et al. 2018 [45]; Lawn et al. 2014 [46]; Mc Namara et al. 2017 [47]; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015 [38]; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017 [37]; Sangalefi et al. 2017 [38]; Stuart et al. 2017 [48]
Mäter yrkesverksammas attityd till interprofessionellt arbete/samverkan	Holzinger et al. 2016 [49]; Loken et al. 2016 [50]; Sippli et al. 2017 [51]
Mäter effekterna av interprofessionellt arbete/samverkan	Gerritsen et al. 2011 [52]; Gerritsen et al. 2013 [53]; Gerritsen et al. 2015 [54]; Glassman et al. 2009 [55]; Ota et al. 2013 [56]; Price et al. 2014 [57]; Reeves et al. 2017 [58]

Litteraturen inom detta tema handlar om när samverkan sker genom att tandvården och hälso- och sjukvården på olika sätt möts över domängränserna. Mer specifikt handlar den om när samverkan sker genom t.ex. kollektivt lärande, remitteringsnätverk, multisektoriella program, integrerad tandvård, samlokalisering, interprofessionellt arbete och multiprofessionella team. Vissa studier har huvudfokus på just tandvården, och hur dess aktörer kan samverka med hälso- och sjukvårdens aktörer. Andra fokuserar istället på hur samverkan kan ske, och tandvårdens professioner ses som en av flera samverkande professioner även om primärt fokus inte är på tandvården. Sammanfattningsvis tar ingen av studierna ett helhetsgrepp kring samverkan mellan tandvården- och hälso- och sjukvården i Sverige, och hur den kan förbättras och vilka eventuella hinder som finns.

Elva av artiklarna handlar om förutsättningar, hinder och möjliggörande faktorer när det kommer till olika samarbetsprojekt, varav tre är systematiska litteraturöversikter. I en av litteraturöversikterna sammanställer författarna den tillgängliga kunskapen om hälso- och sjukvårdspersonals, inklusive tandvårdspersonals, upplevelser av teamwork och interprofessionellt samarbete inom primärvården [59]. De drar slutsatsen att teamwork ses som en process, och att det finns stora ideologiska, organisatoriska, strukturella och relationsmässiga hinder för att få till fungerande team och interprofessionellt samarbete.

Två av litteraturöversikterna handlar om integrering av tandvård i hälso- och sjukvården. I artikeln *Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review* [33] sammanfattar Harnagea m.fl. litteratur om hinder för att integrera munhälsa i primärvården. Bland hindren återfinns implementeringsutmaningar, bristande politiskt ledarskap och policy, bristande kontinuitet i vården och patienternas munvårdsbehov. Faktorer som underlättar för integrering är stödjande policies och ökade resurser, interdisciplinär utbildning, samarbete mellan tandvårdprofessioner och andra, förekomsten av lokala strategiska ledare samt geografisk närhet. I en annan översikt [45] anges olika strategier för att integrera tandvården, och de är t.ex. interdisciplinära nätverk, utbildning av icke-tandvårdspersoner och att möjliggöra koordinering. I översikten resonerar författarna dock kring att

de flesta studier som inkluderats är deskriptiva och att det finns kunskapsluckor, främst på grund av det saknas långsiktig uppföljning av de olika programmens nytta.

Tre artiklar utspelar sig i Sverige [37, 38, 43]. I en av dessa utvärderas hållbarheten den så kallade Salutsatsningen, ett samverkansprogram där bl.a. tandhygienister och -sköterskor tillsammans med andra professioner arbetar hälsofrämjande med barn och unga. Att känna sig involverad, dela uppfattningen att satsningen är värdefull, ha regelbundna möten, att arbeta nära de andra disciplinerna, använda manualer och att ha en tydlig definition av satsningens syfte är särskilt viktigt för att samverkan ska fortgå, enligt studien. Huvudsakliga hinder för att samverkansprogrammet skulle hålla långsiktigt är brister i styrning och stöd och begränsade resurser. Inom tandvården lyftes särskilt motsägelsefulla incitament för att fortsätta samverka som ett hinder [43].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade 2016 en studie med syfte att identifiera strukturella utmaningar för att samordna vården, omsorgen och socialtjänsten [38]. Fokus är inte på tandvården i förhållande till hälso- och sjukvården, utan tandvården ses som en av flera aktörer som bör samverka för att patienten ska mötas av ett samordnat omhändertagande. Sammanfattningsvis konstateras i rapporten att det finns ett antal hinder för att samordning ska kunna fungera tillfredsställande i Sverige. Vård- och omsorgspersonal liksom verksamhetschefer har ibland begränsade kunskaper om vad samordning innebär och hur man kan styra mot en ökad samordning. Även finansieringssystemet beskrivs som ett hinder då det saknas öronmärkta resurser för att genomföra samordningsarbete i verksamheterna vilket innebär att det ses som en kostnad. Samverkansavtal mellan kommuner och landsting fungerar inte alltid tillfredsställande. De skapar å ena sidan tydlig ansvarsfördelning mellan parterna men kan föra med sig att det skapar områden där ingen tar ansvar, vilket i sin tur inte leder till bättre samordning för patienterna. Primärvårdens samordnande uppdrag beskrivs också som otydligt. Som hinder för en ändamålsenlig samordning tas också de begränsade förutsättningarna för informationsöverföringen mellan olika IT-system upp. Data om patienten genom hela vård- och omsorgsprocessen behöver kunna delas mellan olika aktörer, t.ex. kommuner, landsting och olika utförare inom dem. Det ställer krav både på tekniska lösningar för att överföra stora mängder uppgifter liksom på lagstiftning som möjliggör att individdata delas mellan aktörerna. Även rapporten *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv* är utgiven av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, och i den analyseras bl.a. lokala samordningsinitiativ [37].

I litteraturen finns också tre studier som mäter attityder till- och erfarenheter av interprofessionellt arbete [49-51]. En av studierna drar slutsatserna att bristande interdisciplinärt tänkande till följd av de separerade läkar- och tandläkarutbildningarna är den största orsaken till att samverkan inte sker tillfredsställande [49].

Avslutningsvis mäts också effekterna av olika typer av samverkansprojekt. Här ingår sex artiklar, som tittar på t.ex. omsorgsboenden med integrerad tandvård [52-54] och tandvårdskoordinatorer på ett omsorgsboende [55].

Inom detta tema följs oftast patienternas munhälsa upp efter implementeringen av de olika projekten för att avgöra om den förbättrats. Studierna visar generellt positiva effekter, även om det finns brister i studiernas design och forskningsmetod såsom avsaknad av kontrollgrupper och långsiktig uppföljning. Även här finns inga artiklar som handlar om Sverige.

Tema 2. Utbildning av studenter

Totalt handlar 17 av studierna som kom fram i sökningen om samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård om utbildning av studenter, varav en är en systematisk litteraturöversikt. Studier som endast syftar till att beskriva olika utbildningar eller läroplaner har exkluderats.

Ett av de sökord som representerade samverkansbegreppet i litteratursökningen är ”interprofessionell” (eng. *interprofessional*) vilket kan ha fört med sig att en övervikt finns gentemot studier som handlar om just interprofessionella utbildningsinsatser. Ingen strukturerad sökning har gjorts efter studier som handlar om just utbildning av studenter i munhälsa/allmän hälsa.

Tabell 2. Studier om utbildning i munhälsa/allmän hälsa av studenter inom tandvårds- och hälso- och sjukvårdsdisciplinerna

Underkategori	Studie
Måter om interprofessionell utbildning ökar studenternas kunskaper om munhälsa och allmän hälsa m.m.	Anderson et al. 2011 [60]; Berkowitz et al. 2015 [61]; Berkowitz et al. 2017 [62]; Bowser et al. 2013 [63]; Dounis et al. 2013 [64]; Haber et al. 2017 [65]; Margalit et al. 2009 [66]; Markowski et al. 2018 [67]; McCloskey et al. 2011 [68]; Racic et al. 2017 [69]; Singer et al. 2018 [70]
Måter studenternas attityder till interprofessionell utbildning	Almajed et al. 2014 [71]; Madhan et al. 2016 [72]; Nagelkerk et al. 2018 [73]; Navickis et al. 2016 [74]; Van Schaik et al. 2016 [75]
Måter effekter av tandläkarutbildningen på synen på äldre personer	De Visschere et al. 2009 [76]

Tio av studierna undersöker om huruvida interprofessionella utbildningar i munhälsa och/eller kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa ökar studenternas kunskaper i ämnet eller deras interprofessionella kompetenser. I artiklarna implementeras och utvärderas interprofessionella utbildningsinsatser till studenter från olika discipliner. Sammanfattningsvis visar studierna att de interprofessionella eller interdisciplinära utbildningarna har positiva effekter på studenternas kunskaper. Flera av artiklarna har dock ett huvudsakligt fokus på att utforma en interprofessionell utbildning, eller läroplan, som kan användas i utbildningen av flera olika discipliner. Själva uppföljningen av utbildningsinsatserna, genom att studenterna fyller i en kursutvärdering eller kunskapstest före och efter utbildningen, är ibland sekundära delar som kortfattat beskrivs i artiklarna.

Fem artiklar som ryms inom temat utbildning av studenter handlar om deras attityder till interprofessionell utbildning. I en systematisk litteraturöversikt [71] syntetiseras kunskaperna om läkar- och tandläkarstudenters upplevelser och uppfattningar om kollaborativt lärande (CL - *collaborative*

learning). Utgångspunkten är att studenternas lärande influeras av deras uppfattningar om själva lärandekontexten. Författarna fann att studenter generellt uppskattar att genomföra utbildningar tillsammans med andra discipliner, men att den höga arbetsbelastningen liksom svårigheten med att hantera många idéer eller intryck kan vara negativa faktorer behäftade med kollektivt lärande. Författarna menar också att resultaten av litteraturöversikten ska behandlas med försiktighet på grund av att den bygger på ett litet antal studier som är av hög vetenskaplig kvalitet.

Avslutningsvis innehåller litteratursökningen en studie som handlar om nyutexaminerade tandläkare i Belgien och hur deras utbildningar påverkat deras attityder till och kunskaper om institutionaliserade äldre [76].

Samtliga interventionsstudier utom en [67] som handlar om studenters utbildning saknar kontrollgrupp, vilket innebär att de potentiella kunskapsförbättringar som kan skönjas efter interventionen inte med säkerhet kan härledas till att utbildningen är t.ex. just av interprofessionell karaktär.

Tidshorisonerna är också förhållandevis korta (den längsta uppföljningen av studenternas kunskaper sker två år efter interventionen, och den näst längsta åtta månader efter) vilket innebär att det utifrån detta material inte går att dra några klara slutsatser om huruvida studenterna kommer att dra nytta av den interprofessionella undervisningen i sitt framtida yrkesliv. Gemensamt för studierna är också att de inte utspelar sig i Sverige, vilket innebär att det kan finnas ytterligare svårigheter att dra några slutsatser om hur interprofessionell undervisning liksom andra utbildningar i munhälsa för studenter fungerar i svensk kontext.

Tema 3. Utbildning av hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal

Studierna inom detta tema handlar om utbildning eller fortbildning om munhälsa och/eller kopplingen mellan mun- och allmän hälsa riktad till hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal. Totalt inkluderades åtta artiklar, varav en systematisk litteraturöversikt. Studier som endast syftar till att beskriva olika utbildningar har exkluderats.

Även inom detta tema finns det en övervikt gentemot interprofessionella utbildningsinsatser. Detta då sökordet ”interprofessionell” (eller eng. *inter-professional*) representerade samverkansbegreppet i sökningen. Ingen strukturerad sökning har gjorts efter studier som handlar om just utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal i munhälsa/allmän hälsa, utan studierna fångades upp i sökningen på samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Tabell 3. Studier om utbildningsinsatser om munhälsa och/eller kopplingen munhälsa och allmän hälsa riktade till yrkesverksamma inom tandvård och hälso- och sjukvård

Underkategori	Studie
Måter om utbildning i munhälsa ökar icke-tandvårdspersoners kunskaper	Blue et al. 2011 [77]; Wårdh et al. 2009 [78]; de Lugt-Lustig et al. 2014 [79]; Bonwell et al. 2014 [80]
Måter om interprofessionell utbildning ökar professionernas kunskaper	Boczko et al. 2009 [81]; de Mey et al. 2016 [82]
Måter yrkesverksammas attityd till interprofessionell utbildning	Mowat et al. 2017 [83]; Sheppard et al. 2015 [84]

I en systematisk litteraturöversikt sammanställs den vetenskapliga kunskapen om hur utbildningar i munhälsa påverkar personal inom äldreomsorgens kunskaper och attityder gentemot munhälsa och munvård, liksom deras förmåga att utföra munvård. Författarna drar slutsatsen att det finns viss evidens för att utbildningsprogram i oral hälsa till personal på vård- och omsorgsboenden kan ge bättre kunskaper och attityder, men de kunde inte se att det finns någon evidens om att de praktiska färdigheterna att utföra munvård ökade [79].

Endast en studie utspelar sig i Sverige [78]. I den undersöks om det finns några långsiktiga effekter på omvårdnadspersonals förståelse för munvård för cancerpatienter efter en munhälsoutbildning. Utbildningen förbättrade personalens förståelse för munvård för patienter med cancerdiagnos, men de upplevde inte att deras kunskaper om sjukdomar som påverkar munhålan hade ökat [78]. Att de andra studierna inte handlar om Sverige innebär att det kan vara svårt att dra några slutsatser om att samma mekanismer skulle gälla i svensk kontext.

Övriga studier som mäter effekterna av olika typer av utbildningsinsatser på de yrkesverksammas kunskaper visar generellt positiva resultat, både när det gäller interprofessionella insatser och inomprofessionella dito. Ingen av studierna rapporterade om oförändrade eller förbättrade kunskaper. I dessa studier genomförs utbildningar, riktade till olika professioner, och deras kunskaper före och efter utbildningen jämförs för att se eventuella skillnader. När det kommer till uppföljningen är tidshorisonterna dock korta, vilket innebär att det inte går att dra några slutsatser om hur utbildningarna påverkar kunskaperna, och sedermera mottagandet av patienter, på lång sikt. Studierna saknar också generellt kontrollgrupper, och därför går det inte att veta om det är typen av utbildning som avgör effekterna på kunskaperna, eller om det är utbildning i allmänhet som skapat de eventuella effekterna.

Två studier handlar mer specifikt om hälso- och sjukvårdspersonals attityder gentemot interprofessionell utbildning i munhälsa. En kanadensisk studie följer upp attityder före och efter en interprofessionell utbildning, och drar slutsatsen att attityderna förbättrades på kort sikt, men återgick till desamma som före interventionen på längre sikt [83]. Den andra studien behandlar endast attityderna efter att en utbildning genomförts [84], vilket innebär att det inte går att se om det blivit några skillnader efter interventionen.

Tema 4. Tandvården bidrar till omhändertagande genom att utföra hälso- och sjukvårdens uppgifter

I regleringsbrevet till Socialstyrelsen nämndes också att vi ska belysa hur tandvården respektive hälso- och sjukvården kan bidra till effektiv utredning och behandling, särskilt för patienter som finns i gränslandet mellan hälso- och sjukvården och tandvården. I den litteratur som framkom i sökningen tog vi därför fasta på studier som handlar om när tandvården utför uppgifter som traditionellt förknippas med hälso- och sjukvården och vice versa. Ingen strukturerad särskild sökning har dock gjorts inom detta område.

Av de 71 studierna så handlar 12 om detta, varav två är systematiska översikter.

Tabell 4. Studier om när tandvården bidrar till omhändertagande genom att utföra hälso- och sjukvårdens traditionella uppgifter

Underkategori	Studie
Mäter effektiviteten i att genomföra screening inom tandvården	Engström 2011 [85]; Engström et al. 2012 [86]; Engström et al. 2013 [87]; Wright et al. 2014 [88]
Mäter attityder till screening, tobaksavvänjning m.m. inom tandvården	Friman et al. 2015 [89]; Genco et al. 2014 [90]; Northridge et al. 2016 [91]; Patel et al. 2011 [92]; Register et al. 2016 [93]
Mäter förutsättningar för implementering av screening m.m. inom tandvården	Rosseel et al. 2011 [94]; Rosseel et al. 2012 [95]; Rush et al. 2014 [96]

Fem studier behandlar effektiviteten i att genomföra screening för diabetes och högt blodtryck inom tandvården. Tre av dessa utspelar sig i Sverige, varav en är en avhandling [86]. I de svenska studierna, som alla är författade av Sevek Engström m.fl. genomförs och utvärderas screening för hypertoni [87] och högt blodtryck [85]. Författarna drar slutsatserna att screening inom tandvården kan vara ett effektivt sätt att tidigt upptäcka de olika sjukdomarna, och dessutom är kombinerad screening mest kostnadseffektivt.

Fyra studier behandlar attityder till när tandvården genomför screening och rökavvänjning. Endast en av artiklarna kommer från Sverige. Det är en intervjustudie som handlar om hur olika organisationer och myndigheter ser på screening för diabetes inom tandvården [89]. Attityderna till företeelsen var generellt positiva, men det saknades tillräckliga kunskaper. Författarna drar slutsatsen att det behövs mer forskning om både implementering och om de långsiktiga effekterna av att genomföra screeningen. I en systematisk litteraturöversikt har författarna sökt efter studier om vilken roll fyra yrkesgrupper, däribland tandläkare, har när det kommer till rökavvänjning för diabetespatienter. Inga studier hittades som handlar om just tandläkarnas roll [93].

Litteraturen handlar också om förutsättningar för själva implementeringen av att tandvården utför tobaksavvänjning. I en systematisk litteraturöversikt summeras evidensen kring olika implementeringsstrategier för att stimulera tobaksavvänjning. Författarna kunde dock endast identifiera fyra artiklar av god vetenskaplig kvalitet och framhåller därför att det är svårt att dra några slutsatser om enskilda implementeringsstrategier. De nämner dock att utbildning i kombination med fortbildning av tandvårdspersonal visat sig vara effektivt [95]. Även andra av de inkluderade studierna belyser hinder för att genomföra tobaksavvänjning. Tidsbrist och bister i journalsystemen [96], liksom tron på att patienterna ska visa ointresse [94] är några av de huvudsakliga hindren som lyfts.

Tema 5. Sjukvården bidrar till omhändertagande genom att utföra tandvårdens uppgifter

På samma sätt som att tandvården kan utföra t.ex. screening för olika sjukdomar, så kan också hälso- och sjukvården bidra till ett effektivt omhändertagande genom att utföra uppgifter som traditionellt förknippas med tandvården. Ingen strukturerad särskild sökning har dock gjorts på detta. Studier som handlar om när omsorgspersonal utför munvård har exkluderats.

Nedan presenteras de fem artiklar på temat som har framkommit i litteratursökningen.

Tabell 5. Studier om när hälso- och sjukvården bidrar till omhändertagande genom att utföra tandvårdens traditionella uppgifter

Syfte	Studie
Mäter effekten av att genomföra insatser i mun- eller tandhälsa inom hälso- och sjukvården	Ajwani et al. 2017 [97]; Barnett et al. 2014 [98]; Vece et al. 2016 [99]
Mäter hälso- och sjukvårdspersonals attityder till att genomföra tandvårdens traditionella uppgifter	Koyio et al. 2013 [100]; Braimoh et al. 2014 [101]

Tre artiklar, varav två systematiska litteraturöversikter, handlar om effekterna av att hälso- och sjukvården utför uppgifter traditionellt förknippade med tandvården. Den ena översikten handlar om sjuksköterskors roll när det kommer till munhälsa för strokepatienter. Internationell litteratur pekar på att sjuksköterskors kunskaper om munhälsa är bristande, och att det i sin tur kan leda till brister i strokepatienters omhändertagande, enligt författarna. Det finns begränsad vetenskaplig kunskap om nyttan med sjuksköterskedrivna munhälsoprogram [97].

I den andra systematiska litteraturöversikten syntetiseras den kunskap som finns om hur det går till när hälso- och sjukvårdspersonal, som inte ingår i någon av tandvårdsprofessionerna, konsulteras för orala hälsoproblem, samt om arbetet fungerar tillfredsställande. Personer som är t.ex. oförsäkrade och har låga inkomster besöker oftare akutmottagningar och apotek för problem som borde adresseras av tandvården än andra, och det är ofta tal om barn. Detta trots att de yrkesverksammas utbildning i munhälsa ofta är bristande. Författarna lyfter också att det finns en mycket begränsad mängd litteratur som handlar just om när icke-tandvårdsprofessioner utbildas inom frågor om tandvård och munhälsa [98].

Två artiklar handlar i huvudsak om hälso- och sjukvårdspersonals attityder till att utföra uppgifter som är förknippade med tandvården. Båda studierna visade att olika yrkesgrupper är villiga att inkludera frågor om munhälsa vid t.ex. konsultationer, men att deras kunskaper om munhälsa brister [100, 101].

Ingen av studierna utspelar sig i Sverige.

Tema 6. E-tjänster

Att hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet består av flera olika huvudmän, organisationer och utförare för med sig att det kan vara svårt att genomföra en tillräckligt god informationsöverföring dem emellan. I litteratursökningen framkom sju studier som handlar om gemensamma, domänövergripande e-tjänster såsom digitala patientjournaler och telemedicin.

Tabell 6. Studier om gemensamma e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård

Syfte	Studie
Mäter nyttan med s.k. teletandvård	Estai et al. 2017 [102]; Wood et al. 2016 [103]
Undersöker vad tandvårdsjournaler bör innehålla	Acharya et al. 2017 [104]; Wongsapai et al. 2013 [105]; Wongsapai et al. 2014 [106]
Mäter befolkningens attityd till digitala hälsouppgifter	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017 [107]
Mäter förutsättningar för att kombinera digitala hälsouppgifter	Theis et al. 2010 [108]

Syftena med undersökningarna är spridda, och handlar om att mäta nyttan med teletandvård, att undersöka vad hälso- och sjukvårdsprofessioner anser att patientjournaler bör innehålla, attityder till digitaliseringen av hälsouppgifter liksom förutsättningar för att kombinera olika typer av digitala uppgifter. Studierna har varierande grad av relevans.

Tre av artiklarna handlar om utformningen av patientjournaler. Acharya m.fl. har tematiserat vad yrkesverksamma från olika hälso- och sjukvårdsprofessioner anser är de viktigaste uppgifterna om tandhälsa och tandvård i gemensamma journaler. De medverkande ansåg att bl.a. kommunikation, besök och läkemedel är mer relevant att ha med i journalerna än t.ex. tandkartor och foton [104]. En särskild komponent till digitala journalsystem med syfte att bidra till mer enhetlig vård testas och utvärderas i Thailand i de två andra artiklarna på samma tema [105, 106].

Endast en av studierna handlar om Sverige. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersöker befolkningens attityder till digitala hälsouppgifter [107]. Rapporten har inte fokus på just tandvård utan på hälsouppgifter generellt. Även om befolkningen i allmänhet har en positiv syn på att uppgifter om deras hälsa hanteras digitalt så målas en komplex bild upp. Uppgifterna måste bl.a. hanteras korrekt och ändamålsenligt, vara säkra, och patienten själv måste informeras. Vidare drar Vårdanalys slutsatsen att olika typer av hälsouppgifter kan vara olika känsliga.

Theis m.fl. [108] undersöker om huruvida det går att slå samman data från en tandvårdsförsäkring och en hälso- och sjukvårdsförsäkring i delstaten Washington i USA. Artikeln undersöker bl.a. de juridiska förutsättningarna, och även om den visar på positiva resultat så går det inte att översätta resultaten till Sverige och den svenska lagstiftningen om t.ex. personuppgiftsbehandling.

Sammanfattningsvis begränsas slutsatserna som kan dras av detta underlag av att antalet studier är litet, samt att resultaten i stor utsträckning är kontextberoende. Ingen av studierna som framkom i litteratursökningen adresserar den juridiska möjligheterna eller förutsättningarna för gemensamma journalsystem mellan tandvård och hälso- och sjukvård i Sverige.

Referenser

33. Harnagea, H, Couturier, Y, Shrivastava, R, Girard, F, Lamothe, L, Bedos, CP, et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ open*. 2017; 7(9):e016078.
36. Haraldson, A-L. Organisering för samverkan En introduktion. Karlstad: FoU Välfärd Värmland; 2016.
37. Från medel till mål : att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
38. Samordnad vård och omsorg : en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
39. World Health Organization. Integrated care models: an overview. 2016.
40. Löfström, M. Inter-organizational collaboration projects in the public sector: a balance between integration and demarcation. *The International Journal Of Health Planning And Management*. 2010; 25(2):136-55.
41. Boynes, SG, Lauer, A, Deutchman, M, Martin, AB. An Assessment of Participant-Described Interprofessional Oral Health Referral Systems Across Ruralty. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 2017; 33(4):427-37.
42. Bunniss, S, Kelly, DR. 'The unknown becomes the known': collective learning and change in primary care teams. *Medical education*. 2008; 42(12):1185-94.
43. Edvardsson, K, Garvare, R, Ivarsson, A, Eurenus, E, Mogren, I, Nystrom, ME. Sustainable practice change: professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC health services research*. 2011; 11:61.
44. Glurich, I, Nycz, G, Acharya, A. Status Update on Translation of Integrated Primary Dental-Medical Care Delivery for Management of Diabetic Patients. *Clinical medicine & research*. 2017; 15(1-2):21-32.
45. Harnagea, H, Lamothe, L, Couturier, Y, Esfandiari, S, Voyer, R, Charbonneau, A, et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. *BMC oral health*. 2018; 18(1):23.
46. Lawn, S, Lloyd, A, King, A, Sweet, L, Gum, L. Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. *BMC research notes*. 2014; 7:66.
47. Mc Namara, KP, Breken, BD, Alzubaidi, HT, Bell, JS, Dunbar, JA, Walker, C, et al. Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. *Age and ageing*. 2017; 46(2):291-9.
48. Stuart, J, Ha, H, Crocombe, L, Barnett, T. Relationships between dental personnel and non-dental primary health care providers in rural and remote Queensland, Australia: dental perspectives. *BMC oral health*. 2017; 17:1.
49. Holzinger, F, Dahlerdorf, L, Heintze, C. 'Parallel universes'? The interface between GPs and dentists in primary care: a qualitative study. *Family practice*. 2016; 33(5):557-61.

50. Loken, SY, Wang, NJ, Wigen, TI. Health nurses' experiences and attitudes regarding collaboration with dental personnel. *BMC oral health*. 2016; 16(1):66.
51. Sippli, K, Rieger, MA, Huettig, F. GPs' and dentists' experiences and expectations of interprofessional collaboration: findings from a qualitative study in Germany. *BMC health services research*. 2017; 17(1):179.
52. Gerritsen, PF, Cune, MS, van der Bilt, A, de Putter, C. Dental treatment needs in Dutch nursing homes offering integrated dental care. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2011; 31(3):95-101.
53. Gerritsen, PF, van der Bilt, A, Cune, MS, Schrijvers, AJ, de Putter, C. Integrated versus incidental dental care in nursing homes. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2013; 33(5):227-31.
54. Gerritsen, P, Cune, M, van der Bilt, A, Abbink, J, de Putter, C. Effects of integrated dental care on oral treatment needs in residents of nursing homes older than 70 years. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2015; 35(3):132-7.
55. Glassman, P, Miller, C. Social supports and prevention strategies as adjuncts and alternatives to sedation and anesthesia for people with special needs. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2009; 29(1):31-8.
56. Ota, M, Seshima, F, Okubo, N, Kinumatsu, T, Tomita, S, Okubo, T, et al. A collaborative approach to care for patients with periodontitis and diabetes. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 2013; 54(1):51-7.
57. Price, SS, Funk, AD, Shockey, AK, Sharps, GM, Crout, RJ, Frere, CL, et al. Promoting Oral Health as Part of an Interprofessional Community-Based Women's Health Event. *Journal of dental education*. 2014; 78(9):1294-300.
58. Reeves, S, Pelone, F, Harrison, R, Goldman, J, Zwarenstein, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017; 6:Cd000072.
59. Sangaleti, C, Schweitzer, MC, Peduzzi, M, Zoboli, E, Soares, CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*. 2017; 15(11):2723-88.
60. Anderson, KL, Smith, BS, Maseman, DC. Integration of an oral health curriculum into a physician assistant program. *Journal of allied health*. 2011; 40(1):19-24.
61. Berkowitz, O, Kaufman, LB, Russell, M. Introduction of an interprofessional oral health curriculum. *The journal of physician assistant education : the official journal of the Physician Assistant Education Association*. 2015; 26(1):43-6.
62. Berkowitz, O, Brisotti, MF, Gascon, L, Henshaw, M, Kaufman, LB. The Impact of an Interprofessional Oral Health Curriculum on Trainees. *The*

- journal of physician assistant education : the official journal of the Physician Assistant Education Association. 2017; 28(1):2-9.
63. Bowser, J, Sivahop, J, Glick, A. Advancing oral health in physician assistant education: evaluation of an innovative interprofessional oral health curriculum. The journal of physician assistant education : the official journal of the Physician Assistant Education Association. 2013; 24(3):27-30.
 64. Dounis, G, Ditmyer, M, Vanbeuge, S, Schuerman, S, McClain, M, Dounis, K, et al. Interprofessional faculty development: integration of oral health into the geriatric diabetes curriculum, from theory to practice. Journal of multidisciplinary healthcare. 2013; 7:1-9.
 65. Haber, J, Hartnett, E, Allen, K, Crowe, R, Adams, J, Bella, A, et al. The Impact of Oral-Systemic Health on Advancing Interprofessional Education Outcomes. Journal of dental education. 2017; 81(2):140-8.
 66. Margalit, R, Thompson, S, Visovsky, C, Geske, J, Collier, D, Birk, T, et al. From professional silos to interprofessional education: campuswide focus on quality of care. Quality management in health care. 2009; 18(3):165-73.
 67. Markowski, AM, Greenwood, KC, Parker, JL, Corkery, MB, Dolce, MC. A Novel Interprofessional Faculty Approach for Integrating Oral Health Promotion Competencies into a Physical Therapist Curriculum. Journal of allied health. 2018; 47(1):19-24.
 68. McCloskey, L, Condon, R, Shanahan, CW, Wolff, J, Culler, C, Kalish, R. Public health, medicine, and dentistry as partners in community health: a pioneering initiative in interprofessional, practice-based education. Journal of public health management and practice : JPHMP. 2011; 17(4):298-307.
 69. Racic, M, Joksimovic, BN, Cicmil, S, Kusmuk, S, Ivkovic, N, Hadzivukovic, N, et al. The effects of interprofessional diabetes education on the knowledge of medical, dentistry and nursing students. Acta medica academica. 2017; 46(2):145-54.
 70. Singer, Z, Fung, K, Lillie, E, McLeod, J, Scott, G, You, P, et al. Interprofessional education day - an evaluation of an introductory experience for first-year students. Journal of interprofessional care. 2018:1-4.
 71. Almajed, AAR, Skinner, VJ, Peterson, RF, Winning, TA. Perceptions and experiences of collaborative learning by dental and medical students: a comprehensive systematic review. 2014; 12(6):120-250.
 72. Madhan, B, Gayathri, H, Garhnayak, M, Naik, ES. Orientation of Dental Professionals in India towards Integrative Medicine: A Cross-Sectional Survey. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR. 2016; 10(2):Zc60-2.
 73. Nagelkerk, J, Thompson, ME, Bouthillier, M, Tompkins, A, Baer, LJ, Trytko, J, et al. Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. Journal of interprofessional care. 2018; 32(1):4.
 74. Navickis, MA, Mathieson, K. U.S. Dental Hygiene Students' Perceptions of Interprofessional Collaboration. Journal of dental education. 2016; 80(9):1041-8.
 75. van Schaik, SM, Regehr, G, Eva, KW, Irby, DM, O'Sullivan, PS. Perceptions of Peer-to-Peer Interprofessional Feedback Among Students in the Health Professions. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2016; 91(6):807-12.

76. De Visschere, L, Van Der Putten, GJ, de Baat, C, Schols, J, Vanobbergen, J. The impact of undergraduate geriatric dental education on the attitudes of recently graduated dentists towards institutionalised elderly people. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*. 2009; 13(3):154-61.
77. Blue, C, Isringhausen, K, Dils, E. Raising Oral Health Awareness Among Nephrology Nurses. *Journal of Dental Hygiene*. 2011; 85(2):151-7.
78. Wardh, I, Paulsson, G, Fridlund, B. Nursing staff's understanding of oral health care for patients with cancer diagnoses: an intervention study. *Journal of clinical nursing*. 2009; 18(6):799-806.
79. de Lugt-Lustig, KH, Vanobbergen, JN, van der Putten, GJ, De Visschere, LM, Schols, JM, de Baat, C. Effect of oral healthcare education on knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2014; 42(1):88-96.
80. Bonwell, PB, Parsons, PL, Best, AM, Hise, S. An interprofessional educational approach to oral health care in the geriatric population. *Gerontology & geriatrics education*. 2014; 35(2):182-99.
81. Boczeko, F, McKeon, S, Sturkie, D. Long-term care and oral health knowledge. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009; 10(3):204-6.
82. de Mey, L, Comlekci, C, de Reuver, F, van Waard, I, van Gool, R, Scheerman, JF, et al. Oral Hygiene in Patients With Severe Mental Illness: A Pilot Study on the Collaboration Between Oral Hygienists and Mental Health Nurses. *Perspectives in psychiatric care*. 2016; 52(3):194-200.
83. Mowat, S, Hein, C, Walsh, T, MacDonald, L, Grymonpre, R, Sisler, J. Changing Health Professionals' Attitudes and Practice Behaviors Through Interprofessional Continuing Education in Oral-Systemic Health. *Journal of dental education*. 2017; 81(12):1421-9.
84. Sheppard, KD, Ford, CR, Sawyer, P, Foley, KT, Harada, CN, Brown, CJ, et al. The interprofessional clinical experience: interprofessional education in the nursing home. *Journal of interprofessional care*. 2015; 29(2):170-2.
85. Engstrom, S, Berne, C, Gahnberg, L, Svardsudd, K. Efficacy of screening for high blood pressure in dental health care. *BMC public health*. 2011; 11:194.
86. Engström, S. Dental health care cooperating with primary health care as a resource in early case finding of patients with diabetes or hypertension. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis ; 2012.
87. Engstrom, S, Berne, C, Gahnberg, L, Svardsudd, K. Effectiveness of screening for diabetes mellitus in dental health care. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2013; 30(2):239-45.
88. Wright, D, Muirhead, V, Weston-Price, S, Fortune, F. Type 2 diabetes risk screening in dental practice settings: a pilot study. *British dental journal*. 2014; 216(7):E15-E.
89. Friman, G, Hultin, M, Nilsson, GH, Wardh, I. Medical screening in dental settings: a qualitative study of the views of authorities and organizations. *BMC research notes*. 2015; 8:580.
90. Genco, RJ, Schifferle, RE, Dunford, RG, Falkner, KL, Hsu, WC, Balukjian, J. Screening for diabetes mellitus in dental practices. *Journal of the American Dental Association (JADA)*. 2014; 145(1):57-64.

91. Northridge, ME, Birenz, S, Gomes, DM, Golembeski, CA, Greenblatt, AP, Shelley, D, et al. Views of Dental Providers on Primary Care Coordination at Chairside: A Pilot Study. *Journal of dental hygiene* : JDH. 2016; 90(3):170-80.
92. Patel, AM, Blanchard, SB, Christen, AG, Bandy, RW, Romito, LM. A survey of United States periodontists' knowledge, attitudes, and behaviors related to tobacco-cessation interventions. *Journal of periodontology*. 2011; 82(3):367-76.
93. Register, SJ, Harrington, KF, Agne, AA, Cherrington, AL. Effectiveness of Non-Primary Care-Based Smoking Cessation Interventions for Adults with Diabetes: A Systematic Literature Review. *Current diabetes reports*. 2016; 16(9):81.
94. Rosseel, JP, Jacobs, JE, Hilberink, SR, Maassen, IM, Segaar, D, Plasschaert, AJ, et al. Experienced barriers and facilitators for integrating smoking cessation advice and support into daily dental practice. A short report. *British dental journal*. 2011; 210(7):E10.
95. Rosseel, JP, Jacobs, JE, Plasschaert, AJ, Grol, RP. A review of strategies to stimulate dental professionals to integrate smoking cessation interventions into primary care. *Community dental health*. 2012; 29(2):154-61.
96. Rush, WA, Schleyer, TK, Kirshner, M, Boyle, R, Thoele, MJ, Lenton, PA, et al. Integrating tobacco dependence counseling into electronic dental records: a multi-method approach. *Journal of dental education*. 2014; 78(1):31-9.
97. Ajwani, S, Jayanti, S, Burkolter, N, Anderson, C, Bhole, S, Itaoui, R, et al. Integrated oral health care for stroke patients - a scoping review. *Journal of clinical nursing*. 2017; 26(7-8):891-901.
98. Barnett, T, Ha, H, Stuart, J, Crocombe, L, Bell, E. Utilisation of oral health services provided by non-dental health practitioners in developed countries: a review of the literature. *Community dental health*. 2014; 31(4):224-33.
99. Vece, L, Sutter, R, Sutter, C, Toulouse, C. Impacting Vulnerable Populations Through Integrating Oral Health Care Into Nurse-managed Health Centers. *Journal for Nurse Practitioners*. 2016; 12(9):629-34.
100. Koyio, LN, Kikwilu, E, Mulder, J, Frencken, JE. Attitudes, subjective norms, and intention to perform routine oral examination for oropharyngeal candidiasis as perceived by primary health-care providers in Nairobi Province. *Journal of public health dentistry*. 2013; 73(2):127-34.
101. Braimoh, M, Ogunbodede, E, Adeniyi, A. Integration of Oral Health into Primary Health Care System: Views of Primary Health Care Workers in Lagos State, Nigeria. *Journal of public health in Africa*. 2014; 5(1):328.
102. Estai, M, Kanagasingham, Y, Tennant, M, Bunt, S. A systematic review of the research evidence for the benefits of teledentistry. *Journal of telemedicine and telecare*. 2017:1357633x16689433.
103. Wood, EW, Strauss, RA, Janus, C, Carrico, CK. The Use of Telemedicine in Oral and Maxillofacial Surgery. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2016; 74(4):719-28.
104. Acharya, A, Shimpi, N, Mahnke, A, Mathias, R, Zhan, Y. Medical care providers' perspectives on dental information needs in electronic health records. *Journal of the American Dental Association (JADA)*. 2017; 148(5):328-37.

105. Wongsapai, M, Suebnukarn, S, Rajchagool, S, Kijsanayotin, B. Health-oriented electronic oral health record for health surveillance. *Studies in health technology and informatics*. 2013; 192:763-7.
106. Wongsapai, M, Suebnukarn, S, Rajchagool, S, Beach, D, Kawaguchi, S. Health-oriented electronic oral health record: development and evaluation. *Health informatics journal*. 2014; 20(2):104-17.
107. För säkerhets skull : befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter. [Stockholm]: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
108. Theis, MK, Reid, RJ, Chaudhari, M, Newton, KM, Spangler, L, Grossman, DC, et al. Case study of linking dental and medical healthcare records. *The American journal of managed care*. 2010; 16(2):e51-6.

Bilaga 4. Enkäter

Enkät region- och landstingsdirektörer

Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande.

Syftet med denna enkät är att landstinget/regionen ska beskriva på vilket sätt man arbetar med samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i dagsläget och landstinget/regionen.

Det är önskvärt att en person med övergripande kännedom om verksamheten ansvarar för att fylla i enkäten.

Ytterligare upplysningar

Om ni har frågor om kartläggningen kan ni vända er till:

thomas.malm@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 37 84 eller

andreas.johansson@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 45 52

Kontaktuppgifter till uppgiftslämnaren

Ändra gärna om de förifyllda uppgifterna inte stämmer.

Landsting/region:

Kontaktperson:

Befattning:

Telefon:

E-post:

Ett svarskvitto kommer att skickas till den e-postadress som anges här.

1. Finns det dokumenterade rutiner idag för hur samverkan ska ske mellan hälso- och sjukvården och tandvården i regionen/landstinget?

Det går att ange flera svar.

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja, mellan tandvård och sjukvård på landstingsnivå | ☐ |
| Ja, mellan tandvård och kommunal hälso- och sjukvård | ☐ |
| Nej | ☐ |
| Vet inte | ☐ |

Samverkan

2. Samverkar hälso- och sjukvården och tandvården i regionen/landstinget om följande ...

	Ja	Nej
... patienter som behöver vård från såväl tandvård och hälso- och sjukvård?	☐	☐
... diagnoser?	☐	☐
... journalföring?	☐	☐
... läkemedelsförskrivning?	☐	☐
... andra e-tjänster än journalföring och läkemedelsförskrivning?	☐	☐

Samverkar hälso- och sjukvården och tandvården i regionen/landstinget om något annat? Vad i så fall?

.....

.....

.....

3. Finns det nätverk där personal från hälso- och sjukvården och tandvården kan träffas för att resonera om gemensamma utmaningar?

Ja ☐

Nej ☐

Vet inte ☐

Om ja, beskriv nätverket:

4a. Ge exempel på verksamheter i regionen/landstinget där det idag förekommer organiserad samverkan mellan tandvården och landstingsfinansierad hälso- och sjukvård.

.....

.....

.....

4b. Ge exempel på verksamheter i regionen/landstinget där det idag förekommer organiserad samverkan mellan tandvård och kommunal hälso- och sjukvård.

.....

.....

.....

E-tjänster

Med e-tjänster avses i första hand tjänster som används av professionen i deras arbete, t ex sammankopplade journalsystem, receptförskrivning, remisser och remissvar.

5a. Är en eller flera av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens olika e-tjänster sammankopplade idag?

Ja ☐

Nej ☐

Vet inte ☐

5b. Vilka områden av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens olika e-tjänster är sammankopplade idag?

Det går att ange flera svar.

Journalföring ☐

Läkemedelsför-
skrivning ☐

Remisser ☐

Annat område, ☐

5c. Pågår arbete/planering med att sammankoppla hälso- och sjukvårdens och tandvårdens olika e-tjänster?

Ja ☐

Nej ☐

Vet inte ☐

6. Vilka verksamheter i regionen/landstinget har sammankopplade e-tjänster idag mellan hälso- och sjukvårdens och tandvården?

Det går att ange flera svar.

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Primärvård och allmän tandvård | ☐ | |
| Primärvård och specialisttandvård | ☐ | |
| Den kommunala hälso- och sjukvården och allmän tandvård | ☐ | |
| Den kommunala hälso- och sjukvården och specialisttandvård | ☐ | |
| Slutenvård och allmän tandvård | ☐ | |
| Slutenvård och specialisttandvård | ☐ | |
| Andra verksamheter, vilka? | ☐ | |

7. Vilka utvecklingsmöjligheter av e-tjänster ser ni som kan förbättra samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård?

Till exempel vad gäller möjligheten att följa patientens väg genom vården, journalföring och läkemedelsförskrivning och möjligheten att koppla upp tandvården mot NPÖ och 1177.

.....

.....

.....

Fortbildning

8a. Har regionen/landstinget under det senaste året haft gemensamma fortbildningar för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal?

Det går att ange flera svar.

- Ja, för tandvårdspersonal och landstingsanställd hälso- och sjukvårdspersonal ☐
- Ja, för tandvårdspersonal och kommunanställd hälso- och sjukvårdspersonal ☐
- Nej, men vi planerar att genomföra sådana fortbildningar ☐
- Nej, och vi planerar inte heller sådana fortbildningar. ☐
- Vet ej ☐

8b. Hur många gemensamma fortbildningar för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har regionen/landstinget haft under det senaste året?

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- Fler än 4 ☐

8c. För vilka personalkategorier har regionen/landstinget under det senaste året haft gemensamma fortbildningar för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal?

Anges vilka personalkategorier som var med för varje utbildningstillfälle.

	Utbildnings- tillfälle 1	Utbildnings- tillfälle 2	Utbildnings- tillfälle 3	Utbildnings- tillfälle 4	Utbildnings- tillfälle 5
Läkare	☐	☐	☐	☐	☐
Sjuksköterskor	☐	☐	☐	☐	☐
Undersköterskor	☐	☐	☐	☐	☐
Vårdbiträden	☐	☐	☐	☐	☐
Biomedicinska analytiker	☐	☐	☐	☐	☐
Tandläkare	☐	☐	☐	☐	☐
Tandsköterskor	☐	☐	☐	☐	☐
Tandhygienister	☐	☐	☐	☐	☐
Andra personalkategorier	☐	☐	☐	☐	☐

8d. För vilka personalkategorier planerar regionen/landstinget gemensamma fortbildningar för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal?

Det går att ange flera svar.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| <i>Läkare</i> | ☐ |
| <i>Sjuksköterskor</i> | ☐ |
| <i>Undersköterskor</i> | ☐ |
| <i>Vårdbiträden</i> | ☐ |
| <i>Biomedicinska analytiker</i> | ☐ |
| <i>Tandläkare</i> | ☐ |
| <i>Tandsköterskor</i> | ☐ |
| <i>Tandhygienister</i> | ☐ |
| <i>Andra personalkategorier</i> | ☐ |

9. Övriga synpunkter när det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården.

.....

.....

.....

Enkät hälso- och sjukvårdsdirektörer

Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande.

Syftet med denna enkät är att hälso- och sjukvården i "Landsting/region" ska beskriva på vilket sätt man arbetar med samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård samt vilka hinder för samverkan som man identifierat.

Det är önskvärt att en person med övergripande kännedom om verksamheten ansvarar för att fylla i enkäten.

Ytterligare upplysningar

Om ni har frågor om kartläggningen kan ni vända er till:

thomas.malm@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 37 84 eller

andreas.johansson@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 45 52

Kontaktuppgifter till uppgiftslämnaren

Ändra gärna om de förifyllda uppgifterna inte stämmer.

Landsting/region:

Kontaktperson:

Befattning:

Telefon:

E-post:

Ett svarskvitto kommer att skickas till den e-postadress som anges här.

Samverkan

1. Finns det något verksamhetsområde i regionen/landstinget där det inte finns någon samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i nuläget men där samverkan skulle vara önskvärt?

- Ja, vilket? ☐
- Nej ☐
- Vet inte ☐

2. Var uppfattar ni att det finns hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i regionen/landstinget?

Det går att ange flera svar.

- | | |
|---|--------------------------|
| Tandvård och hälso- och sjukvård är olika aktörer med olika styrning och ekonomi | ☐ |
| Tandvård och hälso- och sjukvård har delvis olika huvudmän (landsting och kommun) | ☐ |
| Få samverkansforum | ☐ |
| Skillnaden i finansiering med hög andel egenavgifter i tandvården | ☐ |
| Avsaknad av tydliga riktlinjer och styrdokument för när och hur samverkan ska ske | ☐ |
| Sekretess mellan olika vårdgivare | ☐ |
| Olika journalsystem i tandvård och hälso- och sjukvård | ☐ |
| Pressad arbetssituation i verksamheterna | ☐ |
| Bristande kunskap i hälso- och sjukvården om de olika tandvårdsstöden, t ex vilka patienter som är berättigade till särskilt tandvårdsbidrag och skrivandet av läkarintyg | ☐ |
| Bristande kunskap om kopplingen munhälsa och allmän hälsa | ☐ |
| Andra hinder, vilka? | ☐ |
| Det finns inga hinder | ☐ |

3. Vilka förslag på lösningar har ni på de hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård som finns i regionen/landstinget?

Det går att ange flera svar.

- | | |
|---|--------------------------|
| Gemensamma styrdokument som reglerar respektive verksamhetsområdes ansvar | ☐ |
| Forum för samverkan, t ex mellan landsting, kommun och tandvård | ☐ |
| Utveckling av integrerade e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård, t ex jourr system | ☐ |
| Utveckla verksamheter där tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal är samkaliserade, t ex inom primärvården | ☐ |
| Gemensam fortbildning för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal | ☐ |
| Interprofessionella nätverk där professionerna från tandvård respektive hälso- och sjukvård möts | ☐ |
| Nätverk med andra landsting/regioner | ☐ |
| Utökat samarbete med patient- och intresseorganisationer | ☐ |
| Annat, vad? | ☐ |
| Inga förslag | ☐ |

Kunskap och kompetensutveckling

4. Har regionen/landstinget i dagsläget kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa?

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja | ☐ |
| Nej, men vi planerar att genomföra sådan kompetensutveckling | ☐ |
| Nej, och vi planerar inte heller någon sådan | ☐ |
| Vet inte | ☐ |

5. Vilka personalkategorier omfattas av kompetensutvecklingen för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa?

Det går att ange flera svar.

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Läkare | ☐ |
| Sjuksköterskor | ☐ |
| Undersköterskor | ☐ |
| Vårdbiträden | ☐ |
| Biomedicinska analytiker | ☐ |
| Andra, vilka? | ☐ |

E-tjänster

Med e-tjänster avses i första hand tjänster som används av professionen i deras arbete, t ex sammankopplade journalsystem, receptförskrivning, remisser och remissvar.

6. Vilka utvecklingsmöjligheter av e-tjänster ser ni som kan förbättra samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård?

Till exempel vad gäller möjligheten att följa patientens väg genom vården, journalföring och läkemedelsförskrivning och möjligheten att koppla upp tandvården mot NPÖ och 1177.

.....

7. Övriga synpunkter när det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården.

.....

Enkät tandvårdsdirektörer

Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande.

Syftet med denna enkät är att tandvården i landstinget/regionen ska beskriva på vilket sätt man arbetar med samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård samt vilka hinder för samverkan som man identifierat.

Det är önskvärt att en person med övergripande kännedom om verksamheten ansvarar för att fylla i enkäten.

Ytterligare upplysningar

Om ni har frågor om kartläggningen kan ni vända er till:

thomas.malm@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 37 84 eller

andreas.johansson@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 45 52

Kontaktuppgifter till uppgiftslämnaren

Landsting/region:

Kontaktperson:

Befattning:

Telefon:

E-post:

Ett svarskvitto kommer att skickas till den e-postadress som anges här.

Samverkan

1. Finns det något verksamhetsområde i regionen/landstinget där det inte finns någon samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i nuläget men där samverkan skulle vara önskvärt?

- Ja, vilket? ☐
- Nej ☐
- Vet inte ☐

2. Var uppfattar ni att det finns hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i regionen/landstinget?

Det går att ange flera svar.

- Tandvård och hälso- och sjukvård är olika aktörer med olika styrning och ekonomi ☐
- Tandvård och hälso- och sjukvård har delvis olika huvudmän (landsting och kommun) ☐
- Få samverkansforum ☐
- Skillnaden i finansiering med hög andel egenavgifter i tandvården ☐
- Avsaknad av tydliga riktlinjer och styrdokument för när och hur samverkan ska ske ☐
- Sekretess mellan olika vårdgivare ☐
- Olika journalsystem i tandvård och hälso- och sjukvård ☐
- Pressad arbetssituation i verksamheterna ☐
- Bristande kunskap i hälso- och sjukvården om de olika tandvårdsstöden, t ex vilka patienter som är berättigade till särskilt tandvårdsbidrag och skrivandet av läkarintyg ☐
- Bristande kunskap om kopplingen munhälsa och allmän hälsa ☐
- Andra hinder, vilka? ☐
- Det finns inga hinder ☐

3. Vilka förslag på lösningar har ni på de hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård som finns i regionen/landstinget?

Det går att ange flera svar.

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| Gemensamma styrdokument som reglerar respektive verksamhetsområdes ansvar | ☐ | |
| Forum för samverkan, t ex mellan landsting, kommun och tandvård | ☐ | |
| Utveckling av integrerade e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård, t ex journalsystem | ☐ | |
| Utveckla verksamheter där tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal är samlokaliserade, t ex inom primärvården | ☐ | |
| Gemensam fortbildning för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal | ☐ | |
| Interprofessionella nätverk där professionerna från tandvård respektive hälso- och sjukvård möts | ☐ | |
| Nätverk med andra landsting/regioner | ☐ | |
| Utökat samarbete med patient- och intresseorganisationer | ☐ | |
| Annat, vad? | ☐ | |
| Inga förslag | ☐ | |

Kunskap och kompetensutveckling

4. Har regionen/landstinget i dagsläget kompetensutveckling för tandvårdspersonal för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa?

- Ja ☐
- Nej, men vi planerar att genomföra sådan kompetensutveckling ☐
- Nej, och vi planerar inte heller någon sådan ☐
- Vet inte ☐

5. Vilka personalkategorier omfattas av kompetensutvecklingen för att höja kunskapsnivån om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa?

Det går att ange flera svar.

- Tandläkare ☐
- Tandsköterskor ☐
- Tandhygienister ☐
- Andra, vilka? ☐

E-tjänster

Med e-tjänster avses i första hand tjänster som används av professionen i deras arbete, t ex sammankopplade journalsystem, receptförskrivning, remisser och remissvar.

6. Vilka utvecklingsmöjligheter av e-tjänster ser ni som kan förbättra samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård?

Till exempel vad gäller möjligheten att följa patientens väg genom vården, journalföring och läkemedelsförskrivning och möjligheten att koppla upp tandvården mot NPÖ och 1177.

.....

**7. Övriga synpunkter när det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården
och tandvården.**

.....

Enkät lärosäten

Enkät om samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård under utbildning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande. För att samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård ska fungera på ett bra sätt är det nödvändigt att verksamma inom de båda domänerna har kunskap om samband mellan munhålsans sjukdomar och allmänna sjukdomstillstånd, samt om varandras verksamhet och arbetssätt.

Syftet med enkäten är att undersöka om kunskap om munhälsa och tandvårdssystemet inkluderas i de olika utbildningarna på hälso- och sjukvårdssidan och om kunskap om allmän hälsa och sjukvårdssystemet inkluderas i utbildningarna till tandläkare och tandhygienist.

Vem ska svara

Det är önskvärt att en person med övergripande kännedom om utbildningarna ansvarar för att fylla i enkäten. Det är frivilligt att besvara enkäten men ert svar är mycket viktigt för att resultatet ska bli så täckande och användbart som möjligt. Vi ber er att besvara enkäten så snart som möjligt dock senast den 18 september 2018.

Ytterligare upplysningar

Om ni har frågor om kartläggningen kan ni vända er till:

thomas.malm@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 37 84 eller

andreas.johansson@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 45 52

Vänligen uppge dina kontaktuppgifter:

Universitet/högskola:

Kontaktperson:

Befattning:

E-postadress:

Ett svarskvitto kommer att skickas till den e-postadress som anges här.

1. Innehåller utbildningen till "examen" moment som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa?

- Ja, som en obligatorisk del av utbildningen ☐
- Ja, som en valfri del av utbildningen ☐
- Nej, men vi planerar att inkludera ett sådant utbildningsmoment ☐
- Nej ☐
- Vet inte ☐

1a. I vilken del av utbildningen finns utbildningsmoment som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa? Och vilken omfattning har dessa utbildningsmoment?

.....

2. Innehåller utbildningen till "examen" moment där studenterna har gemensamma kurser med studenter från andra utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård?

Andra utbildningar kan även gälla utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård på andra universitet/högskolor.

- Ja, som en obligatorisk del av utbildningen ☐
- Ja, som en valfri del av utbildningen ☐
- Nej, men vi planerar att inkludera ett sådant utbildningsmoment ☐
- Nej ☐
- Vet inte ☐

2b. Vilka andra program har gemensamma kurser med "utbildning"?

2b. Med vilka andra program planerar ni att ha gemensamma kurser?

3. Förekommer det andra typer av interprofessionell samverkan mellan studenter till "examen" och studenter från andra utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård?

Andra utbildningar kan även gälla utbildningar inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård på andra universitet/högskolor. Det går att ange flera svar.

- Ja, som seminarier och konferenser med deltagande av studenter från hälso- och sjukvård och tandvård ☐
- Ja, det finns interprofessionella studentnätverk ☐
- Ja, annan samverkan. Ange vad: ☐
- Nej, men det finns planer på att introducera denna typ av samverkan ☐
- Nej ☐
- Vet inte ☐

4. Får studenterna på "utbildning" information om hur omvårdnads-, sjukvårds-, och tandvårdssystemen är uppbyggda och fungerar under sin utbildning?

- Ja, det är en obligatorisk del av utbildningen ☐
- Ja, det är en valfri del av utbildningen ☐
- Nej, men vi planerar att inkludera ett sådant utbildningsmoment ☐
- Nej ☐
- Vet inte ☐

Har du övriga synpunkter när det gäller samverkan mellan utbildningsprogram inom hälso- och sjukvård och tandvård?