

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

Slutrapport 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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2019-10-6428

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), oktober 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. I uppdraget ingick också att 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 sjukvården och tandvården kan få mer kunskaper om orsakssambandet mellan munhälsa och allmän hälsa och hur hälso- och sjukvården ömsesidigt och inom respektive system kan bidra till utredning och behandling.

Socialstyrelsen ger i denna slutrapport förslag på hur samverkan mellan de båda systemen kan förbättras. Ett särskilt tack riktas till de verksamhetsföreträdare och referensgruppsdeltagare som bidragit med underlag och erfarenhetsutbyte.

Rapporten har tagits fram av utredaren Thomas Malm (projektledare), utredaren Kristin Larsson och sakkunnige Peter Lundholm. Elisabeth Wörnberg Gerdin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Förord .....                                                                   | 3  |
| Sammanfattning .....                                                           | 7  |
| Inledning .....                                                                | 10 |
| Uppdraget .....                                                                | 10 |
| Syfte och frågeställningar, omfattning och avgränsningar .....                 | 11 |
| Metod och data .....                                                           | 12 |
| Bakgrund .....                                                                 | 16 |
| Stor samsyn i regionerna när det gäller hinder för samverkan .....             | 16 |
| Tidigare undersökningar .....                                                  | 17 |
| Pågående samverkansinitiativ inom vård och omsorg .....                        | 19 |
| Socialstyrelsens nationella riktlinjer uppmärksammar vikten av samverkan ..... | 20 |
| Strukturerad och standardiserad dokumentation för bättre samverkan .....       | 22 |
| Fungerande samverkan viktig för patientsäkerheten .....                        | 25 |
| Rättsliga krav och förutsättningar för samverkan .....                         | 26 |
| Resultatredovisning .....                                                      | 31 |
| Samverkan ur ett ledningsperspektiv .....                                      | 31 |
| Samverkan ur ett verksamhetsperspektiv .....                                   | 35 |
| Samverkan ur professionens perspektiv .....                                    | 50 |
| Patienters syn på samverkan .....                                              | 57 |
| Socialstyrelsens analys och förbättringsförslag .....                          | 64 |
| Hinder för samverkan .....                                                     | 64 |
| När samverkan fungerar .....                                                   | 67 |
| Utvecklingsområden och förbättringsförslag .....                               | 69 |
| Referenser .....                                                               | 78 |
| Bilaga 1. Regeringsuppdraget och förarbeten .....                              | 83 |
| Bilaga 2. Projektorganisation och referensgrupper .....                        | 87 |
| Bilaga 3. Intervjuer och enkäter .....                                         | 89 |



# 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. I uppdraget ingick också att 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, till exempel när det 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.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns flera hinder för samverkan.

- Tandvård och hälso- och sjukvård är två separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning.
- Tandvården integreras inte i befintliga och pågående processer för att skapa patientnytta genom samverkan
- Strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning.
- System för journalföring och e-tjänster är åtskilda
- Kunskapen brister och utbildningsmoment saknas om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa

De juridiska förutsättningarna för samverkan är goda vad gäller möjligheten att dela uppgifter om en patient med dennes samtycke. Detta eftersom vårdgivare för tandvården och hälso- och sjukvården enligt patientdatalagen (2008:355), PDL kan dela uppgifter med varandra genom 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 personal inom hälso- och sjukvård respektive tandvård endast får tillgång till de uppgifter de behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Det finns tydliga krav på samverkan i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem med vars hjälp vårdgivaren ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Processerna och rutinerna ska även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare. En väl fungerande samverkan är en viktig patientsäkerhetsfråga och kan bidra till att patienternas vård och behandling blir säkrare och mer effektiv vilket är till ömsesidig nytta för verksamheterna och ändamålsenligt för patienten.

I dag finns brister i samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården vilket bland annat leder till ojämlikheter i vården och till att en del patienter riskerar att falla mellan stolarna. Tandvården behöver inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. På samma sätt måste tandvården inkluderas i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården som nu pågår. De befintliga processerna kan fungera bättre ur samverkanssynpunkt, vilket kan leda till en mer effektiv och ändamålsenlig vård för patienten.

## När samverkan fungerar

Socialstyrelsen har identifierat tre komponenter som är nödvändiga för framgångsrik ömsesidig samverkan.

- En samsyn med en gemensam kunskapsbas. Ofta har samverkansformer utvecklats över lång tid och byggt på ackumulerad gemensam kunskap inom vedertagna verksamhetsområden.
- Patientens behov sätts i centrum. Fokus behöver vara på patientens behov av samverkan för att underlätta vårdprocessen eller att minska risker för vårdskador.
- Ett ersättningssystem som ger en hållbar och långsiktig finansiering av vård som bedrivs i samverkan.

En ändamålsenlig samverkan kan komma till stånd när samtliga dessa tre komponenter är uppfyllda. Verksamheter med fungerande samverkan påtalar också att tillgång till gemensam journal, elektroniska remisser och system för uppföljning bidragit till samarbetet kring patienten. Socialstyrelsens kartläggning visar att i dag finns ofta de två första punkterna på plats, vilket innebär att fungerande samverkan till stor är personberoende. Detta kan i förlängningen leda till ojämlikhet i hur väl samverkan fungerar.

## Socialstyrelsen har identifierat följande utvecklingsområden

- Nationell och regional kunskapsstyrning behöver omfatta munhälsa och tandvård

Munhälsa och tandvård behöver på ett tydligt sätt omfattas av nationella och regionala strukturer för kunskapsstyrning. Den nationella styrningen är en förutsättning för en tydlig ledning på regional och lokal nivå där företrädare för hälso- och sjukvård, tandvård och patienter involveras. Det är viktigt att det finns tydliga regler, rutiner och riktlinjer för hur och när samverkan ska ske.

- Samverkansmodeller för vård och omsorg behöver omfatta både tandvård och hälso- och sjukvård.

Det behöver finnas fungerande samverkansmodeller med upparbetade kommunikationskanaler till andra verksamheter, så att såväl tandvårds- som hälso- och sjukvårdspersonal vet vart de ska vända sig när en patient med behov som kräver samverkan kommer till mottagningen/kliniken eller motsvarande. Det behöver vidare vara klarlagt redan i förväg vem som har



ansvar för att samverkan ska initieras. Samverkansstrukturen ska vara systematisk och oberoende av person. Tandvården behöver integreras i pågående utvecklingsprocesser för att skapa patientnytta genom samverkan.

- Tandvården behöver omfattas av arbetet med utveckling av gemensamma journalsystem och e-hälsotjänster.

Socialstyrelsen vill understryka vikten av att behovet av samverkan och sammanhållna journalsystem mellan tandvård och hälso- och sjukvård beaktas när nya journalsystem och e-tjänster utvecklas och införs.

- Tandvården behöver bli mer delaktig i vård och behandling.

Socialstyrelsen bedömer att omhändertagande av patienter skulle kunna förbättras genom att tandvården tar en mer aktiv roll vid vård och behandling av patienter som har sjukdomar och tillstånd som påverkar såväl allmän hälsa och munhälsa, till exempel patienter med diabetes, multisjuka äldre patienter och patienter med psykisk sjukdom.

- Kompetensutveckling och kunskapsstyrning avgörande för en bättre samverkan.

Socialstyrelsens bedömning är att kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa behöver öka, inte minst inom hälso- och sjukvården. Därför behövs fler utbildningsmoment som behandlar denna koppling på grundutbildningarna och i verksamheternas fortbildning.

- Strukturerad uppföljning av samverkan behöver utvecklas.

Tandvården och hälso- och sjukvården behöver utveckla system för att följa hur samverkan mellan de båda domänerna fungerar som ett led i deras verksamhetsutveckling. En utgångspunkt för uppföljningen skulle enligt Socialstyrelsens bedömning kunna vara Socialstyrelsens tandhälsoregister, relevanta nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

# Inledning

## 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. Det konstateras också att det sannolikt finns brister i kontakterna mellan tandvård och hälso- och sjukvård liksom i parternas kunskaper om varandra.

Följden blir att patienter riskerar att hamna i kläm på grund av bristande samordning. Genom en ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård bör dessa patienter kunna få ett bättre omhändertagande efter behov. Utredningen anser därför 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).

I regleringsbrevet för 2018 (S2017/07302/RS) fick Socialstyrelsen därför 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. I uppdraget ingick också att 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 belysa hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer kan knytas samman där det finns beröringspunkter, till exempel vad gäller processer, vårdkedjor och ekonomi. Myndigheten ska även undersöka effektivitetsvinster inom utbyte av e-tjänster inom systemen, till exempel inom journalföring och receptförskrivning.

Vidare ska kartläggningen belysa hur hälso- och sjukvården och tandvården kan få ökade kunskaper om orsakssamband mellan munhälsa och allmän hälsa liksom hur hälso- och sjukvården och tandvården ömsesidigt och inom respektive system kan bidra till utredning och behandling.

Socialstyrelsen ska inhämta synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), tandvårdsbranschen och andra berörda aktörer. En utgångspunkt för uppdraget är att den nuvarande ansvarsfördelningen och finansieringen ligger fast. De förbättringsmöjligheter som identifieras bör kunna ske inom nuvarande formella ramar. Socialstyrelsen ska redovisa kostnadsberäkningar för de förslag som lämnas och beakta både jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet i uppdraget. Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 oktober 2019.

# Syfte och frågeställningar, omfattning och avgränsningar

## Syfte och frågeställningar

Kartläggningens syfte är att identifiera och analysera hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med samverkan, och som innebär att patienter inte får ett effektivt omhändertagande utifrån sina behov. Som exempel på områden där det finns en tydlig ömsesidig nytta kan nämnas diabetes där Socialstyrelsens nationella riktlinjer betonar vikten av samarbete med tandvården. Andra målgrupper där det finns tydliga samordningsvinster är personer med funktionsnedsättning och äldre för vilka det redan nu är känt att det finns samverkanshinder som gör att patienter från dessa båda grupper riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. Samverkan definieras i Socialstyrelsens termbank som ett ”övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte”. Samverkan kan ske inom och mellan enheter, myndigheter och samhällsaktörer och kan till exempel gälla aktivitet, utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter

Socialstyrelsen ska lämna förslag på åtgärder för att förbättra samverkan mellan de båda områdena. Myndigheten ska även beskriva hur kunskapen om orsakssambandet mellan munhälsa och allmän hälsa kan öka och hur tandvården och hälso- och sjukvården kan bidra till utredning och behandling.

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

Delfrågeställningarna som uppdraget besvarar är följande:

- Hur fungerar samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i dag?
- Vad finns det för hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i nuläget, både legala hinder och andra typer av hinder?
- Vad finns det för förslag på lösningar på samverkanshindren mellan hälso- och sjukvård och tandvård?
- Hur kan tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer knytas samman där det finns relevanta beröringspunkter för att förbättra vården och omhändertagande av patienter. Till exempel, vad gäller vårdkedjor, e-tjänster och läkemedelsförskrivning?
- Hur kan tandvården och hälso- och sjukvården inom respektive system bidra till förbättrad utredning och bättre omhändertagande av patienter?
- Hur kan hälso- och sjukvården och tandvården öka sina kunskaper om orsakssambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa?

## Kartläggningens omfattning och avgränsningar

Socialstyrelsen ska i kartläggningen analysera hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Detta innebär att kommunens hälso- och sjukvård ingår i uppdraget. Avgränsningen till samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård innebär dock att tandvårdens samverkan med kommunernas socialtjänst ligger utanför uppdraget. Det gäller till exempel

tandvårdens uppsökande verksamhet till äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

I enlighet med uppdraget är utgångspunkten att nuvarande finansiering och ansvarsfördelning ska ligga fast. Förslag till förändringar bör enligt uppdraget ligga inom de nuvarande formella ramarna. Fokus för kartläggningen ligger på vuxentandvården eftersom det är där som de största samverkansproblemen finns (prop. 2016/17:153, s. 41).

I datainsamlingar och analyser där det är tillämpligt beaktar myndigheten jämställdhets- och jämlikhetsperspektiven. Kartläggningen knyter an till Agenda 2030 genom mål 3. God hälsa och välbefinnande, mål 5. Jämställdhet och mål 10. Minskad ojämlikhet.

## Slutrapportens disposition

Slutrapporten bygger delvis vidare på resultaten i delrapporten *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Delrapport 2019*. Slutrapporten innehåller fyra olika kapitel:

1. Inledningskapitlet som beskriver uppdraget, syftet och frågeställningar samt avgränsningar
2. Bakgrundskapitlet som går igenom utgångspunkter och förutsättningar för samverkan
3. Resultatkapitlet redovisar kartläggningen av hur samverkan fungerar idag, hinder för samverkan och förbättringsförslag med utgångspunkt i de fyra perspektiven:
  - Ledning och styrning.
  - Verksamheter inom tandvård och hälso- och sjukvård
  - Professionen inom tandvård och sjukvård.
  - Patienter.
4. Det avslutande kapitlet knyter samman ovanstående sammanställningars resultat. Där diskuterar Socialstyrelsen hinder för samverkan, utvecklingsområden och förbättringsförslag.

## Metod och data

För att besvara uppdraget att kartlägga hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen använt olika metoder för datainsamling. Tabellen nedan beskriver vilka insamlingar som genomförts under 2019 för att besvara uppdragets frågeställningar (tabell 1).

**Tabell 1. Översikt kartläggningens frågeställningar och genomförande**

| Frågeområden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Respondenter                                                                                                                                                 | Metod                                          | Insamlingsperiod  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|
| Hur fungerar samverkan med tandvård respektive hälso- och sjukvård?<br>Vilka hinder och lösningar för samverkan ser ni?<br>Uppfattar ni att tillgängliga styrdokument är tillräckliga för att åstadkomma god samverkan?<br>På vilket sätt kan tandvården bidra till utredning och behandling?<br>Har regionen kompetensutveckling om kopplingen allmän hälsa och munhälsa?<br>Vilka utvecklingsmöjligheter när det gäller e-tjänster ser ni? | Tandvårdsstrategier och hälso- och sjukvårdsstrategier i Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Dalarna och Västerbotten                                     | Intervjuer via Skype, telefon och fysiskt möte | Mars 2019         |
| Samverkar verksamheten med sjukvården respektive tandvården?<br>Hur fungerar samverkan med tandvård respektive hälso- och sjukvård?<br>Vilka hinder och lösningar för samverkan ser ni?<br>På vilket sätt kan tandvården bidra till utredning och behandling?<br>Har personalen fått kompetensutveckling inom området?<br>Vilka utvecklingsmöjligheter när det gäller e-tjänster ser verksamheterna?                                         | Verksamhetschefer vid:<br>- Offentliga och privat tandvårdskliniker<br>- Offentliga och privata vårdcentraler<br>- Sjukhuskliniker                           | Enkät                                          | Mars – april 2019 |
| Samverkar kommunen med tandvården?<br>Hur fungerar samverkan med tandvården?<br>För vilka målgrupper i kommunens hälso- och sjukvård fungerar samverkan?<br>Vilka hinder och lösningar för samverkan ser ni?<br>På vilket sätt kan tandvården bidra till utredning och behandling?<br>Har kommunens personal fått kompetensutveckling inom området?<br>Vilka utvecklingsmöjligheter när det gäller e-tjänster ser kommunen?                  | Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård                                                                                           | Enkät                                          | Mars – april 2019 |
| Hur fungerar samverkan med tandvård respektive hälso- och sjukvård?<br>Vilka hinder och lösningar för samverkan ser ni?<br>Uppfattar ni att tillgängliga styrdokument är tillräcklig för att åstadkomma samverkan?<br>På vilket sätt kan tandvården bidra till utredning och behandling?<br>Har personalen fått kompetensutveckling inom området?<br>Vilka utvecklingsmöjligheter när det gäller e-tjänster ser professionerna?              | Intervjuundersökning med professionsföreträdare från tandvården och hälso- och sjukvården i Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Dalarna och Västerbotten. | Intervjuer via telefon, Skype och fysiskt möte | April – maj 2019  |
| Hur fungerar samverkan för era medlemmar?<br>Vilka verksamheter kommer era medlemmar i kontakt med?<br>Vilken kännedom har verksamheterna om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa?<br>Vilka hinder och lösningar för samverkan ser ni?<br>På vilket sätt kan tandvården bidra till utredning och behandling för era medlemmar?<br>Vilka utvecklingsmöjligheter när det gäller e-tjänster ser organisationerna?                        | Intervjuundersökning företrädare för patient- och intresseorganisationer                                                                                     | Intervjuer via Skype, telefon och fysiskt möte | April – maj 2019  |

Enligt regeringsuppdraget ska Socialstyrelsen inhämta synpunkter från SKL, tandvårdsbranschen och andra relevanta aktörer. Myndigheten har därför organiserat tre olika referensgrupper med företrädare för myndigheter, branschorganisationer och SKL, respektive patient- och brukarorganisationer.

Referensgrupperna möttes vid två tillfällen under 2018, då Socialstyrelsen informerade om arbetet i uppdraget och aktörerna ombads lämna synpunkter på utkast till enkäter och delrapporten. Medlemmarna i referensgrupperna har lämnat synpunkter i såväl skriftlig som muntlig form till projektgruppen. Medlemmarna i referensgrupperna har vidare varit involverade i det fortsatta arbetet under 2019 och deltog bland annat i den uppföljande intervjustudien. Se bilaga 2 för en förteckning över vilka myndigheter och organisationer som är representerade i referensgrupperna.

## Intervjuer med regioner

Socialstyrelsen genomförde en enkätundersökning 2018 som riktades till samtliga regioner. Resultatet av enkätundersökningen redovisades i Socialstyrelsens delrapport. Med utgångspunkt i enkätresultaten har fördjupade intervjuer om regionernas erfarenheter av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård genomförts i ett urval av fem olika regioner. Regionerna valdes strategiskt utifrån deras svar på enkäten och inskickade styrdokument samt utifrån storlek och geografisk placering. De regioner som inkluderades i intervjuundersökningen var Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Dalarna och Västerbotten. I varje region intervjuades en företrädare för tandvården och en företrädare för hälso- och sjukvården vilket sammanlagt gav tio intervjuer.

Intervjustudien genomfördes under våren 2019. Intervjupersonerna var främst strateger men det rör sig också om personer med andra relevanta tjänster, till exempel vårdutvecklare. Intervjuerna behandlade vilka erfarenheter de aktuella regionerna har av samverkan och hinder för samverkan, samt vilka lösningar på samverkansproblemen som regionerna kan identifiera.

## Enkätundersökning med tandvårdskliniker, vårdcentraler sjukvårdskliniker och kommuner

Socialstyrelsen har genomfört en enkätundersökning för att kartlägga vilka erfarenheter olika verksamheter inom tandvård och hälso- och sjukvård har av samverkan och hinder för samverkan samt eventuella lösningar på samverkansproblemen. Undersökningen delades upp i fyra olika delenkäter som riktades till:

- verksamhetschefer vid folktandsvårdskliniker och privata tandvårdskliniker
- verksamhetschefer vid offentliga och privata vårdcentraler
- verksamhetschefer vid sjukhuskliniker
- medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i kommunal hälso- och sjukvård

## Intervjustudie av patienters och professionens och erfarenheter av hinder för samverkan

Socialstyrelsen har vidare genomfört en studie av de hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård som patienter i tre avgränsade grupper kan uppleva i sina kontakter med vården.

Myndigheten har valt att studera tre grupper som har ett stort behov av fungerande samverkan, och som riskerar att falla mellan stolarna om samverkan inte fungerar ändamålsenligt. Det rör sig om personer som har diagnoser eller tillstånd som påverkar både munhälsan och den allmänna hälsan. Efter genomgång av publicerade vetenskapliga översikter 2016–2019 samt överväganden i projektgrupp och referensgrupper har vi valt att rikta in den fördjupande studien på:

- patienter med diabetes
- patienter med psykisk ohälsa, med särskilt fokus på schizofreni
- äldre personer, med särskilt fokus på sjuka och sköra äldre

Dessutom har Socialstyrelsen intervjuat företrädare för tandvårds- och hälso- och sjukvårdsprofessionen som arbetar med de aktuella grupperna för att ta del av deras erfarenheter av hinder för samverkan. Professionsföreträdarna är verksamma i samma fem regioner som var aktuella för den uppföljande intervjustudien, det vill säga Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Dalarna och Västerbotten.

Se bilaga 3 för en mer utförlig redovisning av population och urval på verksamhetsenkäterna och intervjuerna.

# Bakgrund

I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen inledningsvis några sammanfattade resultat från uppdragets delrapport *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Delrapport 2019*. I avsnittet redogörs vidare för utgångspunkter och förutsättningar för uppdragets syfte att kartlägga hinder för samverkan. Här redogörs också tidigare rapporter av särskilt intresse och pågående nationella samverkansinitiativ. Vidare beskrivs Socialstyrelsens nationella riktlinjer där samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård rekommenderas, Socialstyrelsens arbete med gemensam informationsstruktur som förutsättning för samverkan, samverkan ur ett patientsäkerhetsperspektiv samt slutligen rättsliga krav och förutsättningar för samverkan.

## Stor samsyn i regionerna när det gäller hinder för samverkan

Socialstyrelsen publicerade i januari 2019 delrapporten *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Delrapport 2019* [1]. Resultaten i delrapporten visar att tandvård och hälso- och sjukvård på regional nivå till stora delar är överens om vilka hinder som finns för samverkan mellan domänerna. Det rör sig bland annat om:

- Det finns för lite kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa, framförallt inom hälso- och sjukvården
- Personal inom hälso- och sjukvården har för lite kunskap om de olika tandvårdsstöden
- Tandvården och hälso- och sjukvården har skilda journalsystem som försvårar informationsöverföring mellan de båda systemen.
- Tandvården och hälso- och sjukvården är olika aktörer med olika styrning och finansiering

Man är också överens om inom vilka områden som samverkan behöver utvecklas. Det rör sig till exempel om patienter med psykisk ohälsa, patienter med diabetes, patienter med ätstörningar och refluxsjukdom, smärtpatienter och äldre personer.

Vidare råder det också en samsyn mellan tandvården och hälso- och sjukvården när det gäller förslag på lösningar. Till exempel gemensamma nätverk där professionerna från tandvården och hälso- och sjukvården kan mötas, integrerade e-tjänster mellan de båda domänerna, journalsystem och system för överföring av läkemedelsinformation och remisser samt fortbildning om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa för hälso- och sjukvården och tandvården. Det finns betydande skillnader mellan regionerna när det gäller hur väl olika e-tjänster och andra processer för samverkan är utbyggda.



Delrapporten visar vidare att grundutbildningarna till tandläkare och tandhygienist tar upp kopplingen allmän hälsa och munhälsa i högre utsträckning än utbildningarna till läkare, sjuksköterska och logoped.

Socialstyrelsen genomförde dessutom en litteraturgenomgång som visade att samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är ett område där det behövs mer forskning. Det fanns inga studier som behandlar samverkan och hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård i Sverige ur ett helhetsperspektiv.

## Tidigare undersökningar

### Problematik kring samverkan känt sedan tidigare

Merparten av tidigare rapporter och utvärderingar som berör samverkansproblemen mellan hälso- och sjukvård och tandvård handlar om olika landstingsfinansierade tandvårdsstöd som regleras av tandvårdsförordningen (1998:1338) samt problem med tillämpningen.

De patientgrupper som omfattas av tandvårdsstöden är till stor del patienter med ett stort behov av en fungerande samverkan. Det rör sig bland annat om patienter som behöver oralkirurgisk behandling eller patienter som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, långvarigt sjuka och funktionsnedsatta personer och personer som har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Dessa patienter har under vissa förutsättningar rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

I detta sammanhang kan Socialstyrelsens utvärdering av de landstingsfinansierade tandvårdsstöden och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB), som publicerades i december 2018, nämnas [2]. Utvärderingen visar på stora svårigheter när det gäller att tillämpa 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, till exempel att det statliga tandvårdsstödet och det landstingsadministrerade tandvårdsstödet administreras i två olika IT-stöd, och låg kunskap om stöden i målgrupperna. I utvärderingens delrapport visas att bristande samverkan mellan tandvård, hälso- och sjukvård och kommunal omsorg är ett betydande problem [3].

Värdet av ökad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård tas upp i förarbetena till 2013 års tandvårdsreform i *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning* (Ds 2010:42) där man lyfter att patienterna som är aktuella för tandvårdsreformen 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.

Problem med bristande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan leda till sämre vård och till att ansvaret för samordning och koordinering läggs på den enskilda patienten eller dennas närstående. I förlängningen kan det även leda till sämre medicinsk kvalitet och patientsäkerhetsrisker. Till exempel kan brister i läkemedelsinformation leda till felmedicinering och till ökade kostnader på grund av att behandlingar måste göras

om. Enligt en rapport från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppstår ofta brister i kommunikationen i övergångarna mellan olika vårdenheter och det kan få svåra konsekvenser för patienten. Journalföring och hantering av remisser är två områden där det ofta uppstår brister i informationsöverföringen vilket kan leda till risk för vårdskada [4].

Enligt Vårdanalys rapport *Samordnad vård och omsorg : en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem* är en av de stora utmaningarna för vården, omsorgen och socialtjänsten att samordna insatserna för patienter och brukare. Vårdanalys beräkningar visar att det kan 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 eftersom 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 enligt Vårdanalys 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.

Den mest komplexa formen av samordning uppstår enligt Vårdanalys när olika huvudmän och domäner är involverade eftersom de till del styrs av olika lagstiftning vilket försvårar informationsöverföringen [5]. Vårdanalys rapport behandlar samverkansproblematiken på ett generellt plan som även inkluderar socialtjänsten, men resonemangen och slutsatserna är i högsta grad relevanta för Socialstyrelsens kartläggning.

Samverkan kommer att bli allt viktigare i framtiden eftersom gruppen med komplexa behov växer. Det bekräftas i Sveriges Kommuner och Landstings vägledning *Patientens övergångar. Framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som ökar patientsäkerhet*. Där presenteras sju olika framgångsfaktorer för att lyckas med patientövergångar, varav samordning är en som beskrivs som en central utmaning för hälso- och sjukvård. Detta trots att samordningsproblemen är väl kända och trots att en rad nationella satsningar gjorts inom området. Brister i spridning av nya arbetssätt och brister i implementering anges som två orsaker till att förändringen går långsamt. SKL konstaterar att bättre samordning och stärkt patientmedverkan vid patientens övergångar mellan olika verksamheter kan bidra till en säkrare och effektivare vård och behandling och därmed en förbättrad patientsäkerhet [6].

## Bristande kunskap om munhälsa

Ett problem är hälso- och sjukvårdspersonalens brist på kunskap om munhälsa och dess koppling till allmän hälsa vilket har påpekats i en rad offentliga publikationer.

Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöden som regleras av tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget visar att det finns behov av ökade kunskaper om munhälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom omsorgen. Utvärderingen visar vidare

på låg kännedom om tandvårdsstöden hos såväl hälso- och sjukvård och tandvård som hos målgrupperna för stöden [3].

Äldre patienter är särskilt berörda av denna problematik. De har ofta olika kroniska sjukdomar som påverkar munhälsan och många äldre tar 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 [7].

Många äldre är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård men det är 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 besök. Dessutom är informationsansvaret också otydligt vilket också leder till ett sämre genomslag [8].

Vårdpersonalens kompetens och prioriteringar har även 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 denna vård [9].

## Pågående samverkansinitiativ inom vård och omsorg

Inom hälso- och sjukvårdsområdet pågår flera olika initiativ för att förbättra samordningen och kontinuiteten för patienter med komplexa behov och många vårdkontakter. Merparten av dessa utvecklingsinitiativ omfattar dock inte patientens behov av samordning avseende munhälsa och tandvårdskontakter.

Under 2017 drev SKL, i enlighet med en överenskommelse mellan staten och SKL, ett pilotprojekt om patientkontrakt i tre olika landsting. Patientkontraktet är en sammanhållen plan över planerade vårdinsatser som ska bidra till att skapa trygghet för patienten. Genom patientkontraktet bistår hälso- och sjukvården 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 identifierades fyra olika områden som ingår 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 [10].

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 sig på att införa en förstärkt vårdgaranti i primärvården och patientkontrakt i verksamheterna. Socialstyrelsen hade i uppdrag av regeringen att analysera

de handlingsplaner som landstingen lämnat in med anledning av överenskommelsen [11].

Socialstyrelsens analys av handlingsplanerna visar att flera av landstingen kopplar arbetet med att införa patientkontrakt till arbetet med att utveckla och implementera andra vårdplaner. Många landsting utvecklar sina befintliga samverkansplaner, vilket de sedan kan dra nytta av i arbetet med att införa patientkontrakt. Flera landsting påpekar också att arbetet med patientkontrakt behöver synkroniseras med det utvecklingsarbete som redan bedrivs i samband med digitaliseringen av Min vårdplan inom cancervården. Flera landsting arbetar med strukturerad vårddokumentation och med att göra patienters journaler tillgängliga på 1177 Vårdguiden [11].

Sveriges kommuner och landsting arbetar också med kunskapsstyrning med syftet att säkerställa en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård som i förlängningen förväntas förbättra patientens ställning. Ett exempel på ett sådant arbete är standardiserade vårdförlopp (SVF) som vården tillämpar vid välgrundad misstanke om cancer. SVF har potential att utvecklas vidare till att gälla även andra diagnoser och vårdförlopp. Patientkontrakt skulle då kunna utgöra den del av SVF som rör delaktighet och samordning [10]. Under 2019 tecknade SKL och regeringen också en överenskommelse om att utveckla standardiserade vårdförlopp för fler områden under 2019 och 2020, bland annat för demens, stroke och hjärtsvikt [12].

I den vidare utvecklingen ser SKL det som viktigt att sammanhållen plan vidareutvecklas som en e-tjänst på webbsidan 1177 Vårdguiden. SKL framför att samverkan av vårdaktörer kräver att de kan utbyta information varför det kan krävas justeringar av den nuvarande lagstiftningen. 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 Vårdguiden, journalföring och Nationell patientöversikt (NPÖ) samordnas. Många patienter är patienter inom både landstinget och kommunen så det vore värdefullt om båda parter deltar i NPÖ fullt ut [10].

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 dock i huvudsak landstingen som visar 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].

## Socialstyrelsens nationella riktlinjer uppmärksammar vikten av samverkan

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd för styrning och ledning vid prioriteringar. De 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 och jämlik vård och omsorg. Myndigheten tar fram riktlinjer för sjukdomar och tillstånd som kräver mycket resurser. Det finns riktlinjer för bland annat vuxentandvård, psykisk ohälsa, ohälsosamma

levnadsvanor, diabetes, demens, cancer, astma och KOL, missbruk och beroende samt hjärt- och kärlsjukdom.

Flera av Socialstyrelsens nationella riktlinjer berör sjukdomar och tillstånd där allmän hälsa och munhälsa inverkar på varandra och där åtgärder från både tandvården och hälso- och sjukvården är viktiga för patientens tillstånd.

## Nationella riktlinjer som behandlar kopplingen allmän hälsa och munhälsa

För personer med demenssjukdom kan munhälsan påverka det dagliga livet 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, till exempel att personen har svårt att laga mat, glömmer att äta och missköter munhygien [14]. I de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom rekommenderas därför socialtjänsten och hälso- och sjukvården att erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom. Åtgärden bedöms leda till bättre näringsintag och bättre hälsorelaterad livskvalitet..

Exempel på bedömningsinstrument i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert som kan användas i detta sammanhang 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. En fungerande samverkan är nödvändig för att munhälsoproblem som identifierats av omvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna remitteras vidare till tandvården.

Diabetes ökar risken 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 kan också påverka glukoskontrollen på ett gynnsamt sätt, så det är viktigt att tandvården uppmärksammar behovet av förebyggande åtgärder för patienter med diabetes. I de nationella riktlinjerna för diabetes rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården bör hänvisa patienter med diabetes med risk för försämrade munhälsa eller pågående tandlossningssjukdom till tandvården för ställningstagande till förebyggande åtgärder eller behandling mot karies eller parodontit [15].

Ett annat tillstånd som ofta har stor inverkan på munhälsan är stroke, och bedömning av munhälsan efter stroke är därför något som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård vid stroke. En kontinuerlig bedömning 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 [16].

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ohälsosamma levnadsvanor innehåller vidare rekommendationer om att hälso- och sjukvårdspersonal bör ha rådgivande samtal med vuxna som snusar dagligen, samt undersöka munhålan på dem på grund av de negativa effekterna på munhälsan [17].

# Strukturerad och standardiserad dokumentation för bättre samverkan

## Tandvårdens dokumentation idag

Uppgifter om patientens allmänna hälsa, läkemedel och eventuella allergier journalförs i tandvårdsjournalen tillsammans med aktuellt tand- och munstatus. Hur dokumentationen struktureras skiljer sig åt beroende på journalsystem och informationen följer inte en struktur som går att återanvända. Tillgång till aktuell uppmärksamhetsinformation från hälso- och sjukvårdens system, enligt resonemanget på sidan 24 nedan, kan bidra till en ökad patientsäkerhet och ha betydelse för den vård som ges i tandvården.

Utöver detta dokumenteras utförda åtgärder och tillstånd med koder enligt Tandvårds- och läkemedelsverkets (TLV) föreskrifter (HSLF-FS 2018:23) för det statliga tandvårdsstödet. TLV:s ersättningsregler utgår från debiterad åtgärd och begränsas till ett enskilt tillstånd som föranleder åtgärden. Det är därför oklart i vilken utsträckning tillstånden i TLV:s ersättningsregler speglar de tandvårdsbehov patienten har.

## Förutsättningar för att dela information

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 en förmåga hos system, processer och organisationer att kommunicera med varandra genom att överenskomna regler följs [18]. En typ av interoperabilitet är semantisk interoperabilitet som innebär att information, i till exempel en patientjournal, kan tolkas entydigt och delas utan att dess syfte eller sammanhang går förlorat.

Socialstyrelsen bidrar här med att utveckla och förvalta nationell informationsstruktur (NI), Socialstyrelsens termbank, begreppssystemet Snomed CT och hälsorelaterade klassifikationer. Dessa har tidigare kartlagts i förhållande till tandvården i en rapport från Socialstyrelsen [19].

## Nationell informationsstruktur

NI är ett ramverk för strukturerad dokumentation i vård och omsorg och innehåller referensmodeller för process, begrepp och information. Modellerna används i utvecklingen av strukturerad dokumentation kring patienter och brukare. NI gör det möjligt att samordna vad som är planerat eller genomfört vad gäller individens hälsotillstånd så att nästa aktör kan ta vid och fortsätta processen [18]. Som gemensam referens skapar NI förutsättningar för att information, som dokumenteras i individens process, kan återanvändas i olika syften och delas utan att sammanhanget går förlorat.

## 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, till exempel patient och negativ händelse.

## Begreppssystemet Snomed CT

Snomed CT är ett internationellt kliniskt begreppssystem som kan användas som terminologisk grund för strukturerad dokumentation av bland annat kliniska symtom och kliniska fynd vid undersökning av en patient [20] [21].

Internationellt pågår en utveckling mot en mer standardiserad dokumentation i tandvårdens elektroniska journaler. Standardiserad dokumentation är en förutsättning för interoperabilitet mellan tandvårdens och hälso- och sjukvårdens journalsystem [22] [23] [24]. På så vis kan samverkan mellan tandvård, hälso- och sjukvård och omsorg öka och ge en mer effektiv vård. Det möjliggör också utvärdering, analys och uppföljning samt bidrar till bättre förutsättningar för forskning, kunskapsstöd och kunskapsutveckling [25] [26] [27] [28] [29] [30].

## 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.

Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar klassifikationer för hälso- och sjukvården i stort. I första hand förvaltar Socialstyrelsen svenska versioner av de internationella klassifikationerna från WHO och de klassifikationer som används nationellt i myndighetens hälsodataregister för statistik och uppföljning. För hälso- och sjukvården gäller detta framför allt Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE), Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

WHO har gett ut en klassifikation för tandvård, för vilken Socialstyrelsen har tagit fram en svensk version, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem – tandvård. Tandvårdsklassifikationen är dock inte uppdaterad sedan den gällande upplagan publicerades internationellt år 1995. Det är därför oklart om den speglar den svenska tandvårdens begrepp och indelningar av idag. Den omfattas inte heller av någon inrapporteringsskyldighet på nationell nivå och är därför frivillig att använda.

## Nationella informationsmängder

Socialstyrelsen har med NI:s samt Snomed CT som grund, påbörjat ett arbete i syfte att skapa nationellt gemensamma modeller. Dessa går under benämningen Nationella informationsmängder. Modellerna tillhandahåller struktur, kodning, enhet av mätning, måttenheter och attribut osv, för ett avgränsat område inom en process.

Patienter med problem som ligger i gränslandet mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan idag påverkas av den bristande samverkan mellan domänerna eftersom informationen om patienternas hälsotillstånd är åtskild. Na-

tionella informationsmängder bidrar till att informationen kan hittas, återvändas och delas mellan olika system utan att förlora sin ursprungliga betydelse och sitt sammanhang. Det kan till exempel röra sig om patienter med diabetes, smärtpatienter eller patienter med ätstörningar.

## Uppmärksamhetsinformation

Uppmärksamhetsinformation är väsentlig information som påverkar handläggningen av en patient inom vård eller omsorg. Uppmärksamhetsinformation består av medicinska tillstånd och behandlingar, smitta, överkänsligheter och information som kan leda till en särskild vådrutin. Syftet med uppmärksamhetsinformation är att bidra till en individanpassad god och säker vård. Informationen finns idag i hälso- och sjukvårdens system och presenteras i Nationell patientsöversikt (NPÖ) för sammanhållen journalföring.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att tillhandahålla en nationellt överenskommen beskrivning över relevanta informationsmängder som är strukturerade med nationell informationsstruktur och enhetliga begrepp och termer. Syftet är att stödja en nationell strukturerad och entydig informationshantering av uppmärksamhetsinformation när beskrivningen implementeras i vårdgivarnas system och i NPÖ [31]. En aktuell version har under 2019 publicerats inom regeringsuppdraget ”Förbereda implementering av uppmärksamhetsinformation i hälso- och sjukvården” [32].

Uppmärksamhetsinformation har stor betydelse för hälso- och sjukvården och tandvården. Uppmärksamhetsinformation relevant för tandvården kan till exempel vara diagnostiserade tillstånd, behandlingar och överkänsligheter relevanta för handläggningen (tabell 2) [33].

**Tabell 2. Exempel på uppmärksamhetsinformation**

| Typ av information           | Relevant information för tandvården               |
|------------------------------|---------------------------------------------------|
| Överkänslighet mot läkemedel | Antibiotika, Blodförtunnande, Immunosupprimerande |
| Tillstånd (diagnoser)        | Hjärtklaffsdefekter, koagulationsrubbningar       |
| Behandlingar                 | Antikoagulantia, cytostatika, bisfosfonater       |
| Smitta                       | Allt enligt Socialstyrelsens förteckning          |

Källa: Varningsinformation. Etapp 2. Slutrapport, Sjukvårdsrådgivningen 2008

En bra samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvården med tillgång till uppmärksamhetsinformation kan ha en stor betydelse för patientsäkerheten, och en god och säker vård för patienten.

En granskning av IVO från 2018 visade att även små vårdgivare inom tandvården behöver utveckla ett systematiskt kvalitetssäkrings- och patientsäkerhetsarbete samt dokumentera patientens vård på ett mer ändamålsenligt sätt [34].

En implementering av ett kvalitetsarbete inom tandvårdens elektroniska journalsystem behövs också [35] [36]. Förutom krav på en bättre dokumentation i patientjournalen bör uppmärksamhetsinformation även vara tillgänglig för tandvårdens verksamhet. Dessutom möjliggörs uppföljning av vårdkvalitet genom att viss information kan ”taggas” som kvalitetsindikatorer för kvalitetssäkring eller för att kunna identifiera allvarliga vårdkonsekvenser med ett verktyg som ”trigger tool” [37] [38].



Att implementera strukturerad dokumentation med hälsorelaterade klassifikationer, Snomed CT och NI i både hälso- och sjukvården och i tandvården, kan bidra till många fördelar för huvudmännen och för patienter. Det kan underlätta informationsöverföring inom och mellan vårdgivare, uppföljning av verksamheterna på olika nivåer och vara underlag för systematiskt kvalitetsarbete som kan bidra till t.ex. en god och jämlik vård och upprätthållande av patientsäkerhet.

## Fungerande samverkan viktig för patientsäkerheten

En väl fungerande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har stor betydelse för patientsäkerheten. Samverkan och kontinuitet samt kommunikation och informationsöverföring är riskområden för patientsäkerhet och brister i dem kan leda till att patienter drabbas av vårdskador. En väl fungerande samverkan kan bidra till en säkrare och effektivare vård och behandling. Skador som uppstår på grund av bristande samverkan mellan verksamheter kan bedömas som vårdskador om hälso- och sjukvården eller tandvården inte vidtagit adekvata åtgärder (1 kap 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL).

Det kan till exempel vara utebliven eller bristfällig uppföljning av patientens läkemedelsbehandling där det är känt att muntorrhet är en biverkan, och att det då finns en ökad risk för karies. Om kontroll av munhälsan ska följas upp av tandvården men uteblir på grund av brister i samverkan och kommunikation och patienten drabbas av karies, så kan det vara en skada som kunnat undvikas, dvs en vårdskada. Brister i omhändertagande, medicinsk kvalitet och vårdskador leder, förutom ett onödigt lidande för patienten, även till ökande kostnader.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem berör patientsäkerhetsaspekten av samverkan. Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem med vars hjälp vårdgivaren ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Processerna och rutinerna ska även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare. Ledningens engagemang är en förutsättning för en säker vård.

Bättre samverkan och informationsöverföring genom utveckling av säkra och tillförlitliga system, processer och rutiner kan förbättra patientsäkerheten. Hit hör utveckling av olika e-tjänster för exempelvis remisser, läkemedelsförskrivning och journalföring.

På läkemedelsområdet arbetar e-hälsomyndigheten på regeringens uppdrag med att utveckla och införa den nationella läkemedelslistan (NLL). Den nya lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista ska träda i kraft den 1 juni 2020. För verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, som innefattar ordination och förskrivning av läkemedel, träder vissa delar av lagen i kraft först den 1 juni 2022. Det gäller kraven att ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan

och att vid en elektronisk förskrivning lämna vissa uppgifter till denna lista. Ett övergripande mål med den nya lagen är att skapa en samlad källa av en patients förskrivna och uthämtade läkemedel samtidigt som patientens behov av integritet tillgodoses. Genom NLL kan läkare och tandläkare få fullständig information om vilka läkemedel en patient fått utskrivna på recept vilket kan förbättra såväl vårdens kvalitet som patientsäkerheten.

Socialstyrelsen har vidare regeringens uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet vilken ska bidra till att utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet. Tandvården är inkluderad i handlingsplanen eftersom planen omfattar all hälso- och sjukvård inklusive tandvård.

Handlingsplanen innefattar fem fokusområden med förslag på nationella åtgärder för att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete med att stärka patientsäkerheten. Till exempel poängterar ett fokusområde tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner. Ändamålsenliga processer och rutiner, informationssäkerhet, teamarbete och säker utrustning samt en samsyn om hur olika processer och arbetsuppgifter ska utföras leder till ökad patientsäkerhet. Det är viktigt att skapa förutsättningar för en sammanhållen vård där kontinuitet för patienten säkerställs.

Kunskap och kompetens beskrivs som en grundläggande förutsättning och en väl fungerande och långsiktig kompetensförsörjning är också en förutsättning för säker vård. Vidare är metoder för uppföljning av risker och förekomst av vårdskador inom tandvården ett av flera prioriterade områden då det hittills har beskrivits i begränsad omfattning. Handlingsplanen är på remiss hösten 2019 och slutversionen beräknas vara färdig i början av 2020. Handlingsplanen ska gälla 2020–2024 [39].

Socialstyrelsen har i samverkan med 12 myndigheter och nationella organisationer tagit fram webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet (SSP) som innehåller beskrivningar av riskområden och vårdskadeområden och där tandvård och munhälsa finns inkluderat. På SSP finns länkar till myndigheter och organisationer, bland annat till SKL som i sitt arbete med patientsäkerhet har tagit fram åtgärdsprogram för munhälsa och övergångar i vården [40] [6]. SSP är nu under ombearbetning och den del som behandlar tandvård kan komma att utvecklas vidare.

## Rättsliga krav och förutsättningar 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.

Tandvården styrs av tandvårdslagen (1985:125), TL. Tandvård definieras som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan (1 § TL). Hälso- och sjukvård styrs av hälso- och sjukvårdslagen

(2017:30), HSL. Hälso- och sjukvård definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna ( 2 kap. 1 § HSL).

Distinktionen är viktig, inte minst eftersom tandvård till stor del finansieras genom egenavgifter medan hälso- och sjukvården till stor del finansieras av det allmänna. Därmed kan läkare tveka att konsultera tandvården eftersom patienten då riskerar att få betala en stor del av vården själv (SOU 2015:76, s 362).

I båda lagarna finns dock bestämmelser om ett systematiskt utvecklingsarbete för att säkra kvaliteten (5 kap. 4 § HSL och 16 § TL) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser med krav på processer och rutiner för samverkan med andra vårdgivare.

## Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Målet med 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 ha företräde till vården.

Enligt HSL ställs vissa krav på landstingen vad gäller samverkan (7 kap. 7 och 8 §§ HSL):

- 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.

Enligt HSL ställs också vissa krav på kommunen vad gäller samverkan (11 kap. 3 § HSL):

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

## Tandvårdslagen, 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. Dessutom ska landstinget se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård (8 § TL).

Enligt TL ställs vissa krav på samverkan (9 och 10 §§ TL):

- I planeringen och utvecklingen av tandvården ska landstingen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.
- Landstingen ska samverka i tandvårdsfrågor som berör flera landsting.

## Ledningssystem, processer och rutiner

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i vissa verksamheter.

Det gäller hela hälso- och sjukvården, tandvården, socialtjänsten och verksamhet enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. 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 4 kap. 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. 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 (4 kap. 6 §).

Av föreskriften framgår också att vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse bland annat ska innehålla uppgifter om hur samverkan har möjliggjorts för att förhindra att patienter drabbas av vårdskada (7 kap. 2 §).

## Informationshantering och sekretess

En viktig aspekt när det gäller samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården är den reglering som finns avseende informationshantering och sekretess. För att få en fungerande samverkan mellan de båda systemen måste det gå att föra över olika former av patientinformation mellan dem.

Hantering av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården regleras i huvudsak i patientdatalagen (2008:355), PDL. Med hälso- och sjukvård avses i PDL bland annat verksamhet som omfattas av HSL och TL (1 kap. 3 § PDL).

I PDL finns också bestämmelser om möjligheten att använda 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).

Sammanhållen journalföring kan användas av offentliga och privata vårdgivare genom 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.

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

Vårdgivaren ska bestämma villkoren för att tilldela behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även vid sammanhållen journalföring (4 kap. 2 § samt 6 kap. 7 § PDL). Vårdgivaren ansvarar även för att varje användare tilldelas individuell behörighet för åtkomst till personuppgifter. Tilldelningen ska föregås av en behovs- och riskanalys (4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården).

Bestämmelser om behandling av personuppgifter finns även i EU:s så kallade dataskyddsförordning (GDPR, The General Data Protection Regulation). GDPR blev den 25 maj 2018 direkt tillämplig i Sverige och 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 hälso- och sjukvården regleras i 25 kapitlet offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Sekretess gäller för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. En uppgift som omfattas av sekretess får som huvudregel inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter (8 kap. 1 § OSL).

Det finns dock inga sekretessgränser mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter inom samma landsting (25 kap. 11 § 2 OSL). Det innebär att det inte finns något som hindrar att uppgifter om hälso- och sjukvård och tandvård lämnas från en nämnd till en annan inom samma landsting (prop. 2007/08:126, sid 165). Att det inte finns någon sekretessgräns innebär dock inte att det är fritt fram för hälso- och sjukvårdspersonal att utbyta uppgifter hur som helst. Enligt bestämmelser om inre sekretess har den som arbetar hos en vårdgivare endast rätt att ta del av uppgifter om en patient om denne deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna i sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL). Det innebär att samtycke från patienten i regel krävs för att uppgifter om en patient ska kunna delas mellan hälso- och sjukvården och tandvården.

För den privata hälso- och sjukvården finns bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Tystnadsplikten innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte obehörigen får röja vad de i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

## Viktigt begränsa tillgång till information till behörig personal

Enligt PDL kan vårdgivare för hälso- och sjukvård och tandvård under vissa förutsättningar använda sammanhållen journalföring. Det finns alltså inte något rättsligt hinder för tandvårdens vårdgivare och hälso- och sjukvårdens vårdgivare att avtala om sammanhållen journalföring.

Det måste dock finnas ett samtycke från patienten för att en annan vårdgivare ska få använda de uppgifter som gjorts tillgängliga genom sammanhållen journalföring. Samtycket kan lämnas i förväg, till exempel att patienten godkänner att uppgifter om patienten görs tillgängliga genom sammanhållen journalföring och samtidigt 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. Sammanhållen journalföring är i hög grad aktuellt när det gäller att knyta samman vårdprocesser som inkluderar både tandvård och hälso- och sjukvård för att förbättra samverkan mellan systemen.

Vårdgivarna behöver dock utforma system som är lämpliga och anpassade för olika situationer och verksamheter. De måste utforma systemet så att det inte finns "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 som uppfyller kraven på behörighet för elektronisk åtkomst.

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

Att journalinformation inte delas mellan hälso- och sjukvården och tandvården är med andra ord mer en praktisk och teknisk fråga eftersom de i hög utsträckning har olika journalsystem som inte är kompatibla. Detta är också något som tas upp som ett viktigt hinder för samverkan i Socialstyrelsens delrapport [1].

# Resultatredovisning

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen kartläggningens resultat. Redovisningen är uppdelad på de fyra perspektiven

- Ledning
- Verksamhet
- Profession
- Patient

## Samverkan ur ett ledningsperspektiv

Socialstyrelsen redovisar i detta avsnitt intervjuer med tandvårds- och hälso- och sjukvårdsstrateger (eller motsvarande) från fem olika regioner (Stockholm, Västra Götaland, Dalarna, Kronoberg och Västerbotten). I intervjuerna ombads intervjupersonerna berätta om hur deras regioner är uppbyggda och vilka samverkansplattformar som finns där. De fick även berätta om vilka eventuella svårigheter eller hinder för samverkan som de själva kan se, och eventuella lösningar på dessa hinder.

### Hur fungerar samverkan i dag?

#### *Samverkan handlar om patienters behov*

På frågan om hur man kan eller bör förstå samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård talar intervjupersonerna om att bemöta behoven hos patienter från båda håll. Samverkan bör utgå från vad man vill uppnå med den samt ha ett tydligt patientperspektiv. För att kunna göra detta krävs kunskap om varandras kompetens och insatser.

Samverkan kan vara många olika saker och handlar till exempel om att hjälpas åt, få kontakt med varandra, överföra data eller att faktiskt arbeta tillsammans. Den kan också både ske och utvecklas på olika nivåer i organisationerna: på ledningsnivå eller på verksamhetsnivå. Man talar också om att samverkan kan vara formaliserad, mer informell eller helt personbaserad.

#### *Olika forum för samverkan på ledningsnivå*

På frågor om hur regionerna är organiserade och hur det påverkar graden av samverkan beskrev intervjupersonerna olika aspekter av regionernas organisering. I flera av regionerna finns en gemensam ledningsgrupp med representanter för både tandvården och hälso- och sjukvården. Ofta finns dock inte samverkansfrågor på agendan i ledningsgruppen när det gäller samverkan mellan professionerna ute i verksamheterna enligt intervjupersonerna.

I flera av regionerna finns det andra grupper för samverkan på förvaltningsnivå förutom ledningsgruppen. Personer från ledningsgruppen kan dock vara representerade i dessa grupper.

Flera intervjupersoner anser att samverkan försvåras av att tandvård och hälso- och sjukvård ofta styrs från separata enheter eller avdelningar i regionernas förvaltningar. Detta nämns av både tandvårds- och hälso- och sjukvårdsstrateger.

Flertalet tycker att det är viktigt att personer som arbetar med tandvård respektive hälso- och sjukvård på regionnivå träffar varandra i olika sammanhang. Samarbetet dem emellan kan ske antingen genom formella möten eller genom mer informella kontakter. I en region har hälso- och sjukvårdsstrategen och tandvårdsstrategen sina fysiska arbetsplatser nära varandra vilket anses vara positivt. Det gör att de kan bolla frågor med varandra och att man regelbundet påminns om att den andra parten finns, och kanske bör inkluderas ytterligare i ens eget arbete.

*Samlokalisering underlättar samverkan men är ovanligt*  
Stockholms sjukhem nämns som ett positivt exempel på hur samlokalisering har underlättat samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. I de flesta regioner har man dock inte tagit något strategiskt beslut på ledningsnivå om att öka samlokaliseringen mellan tandvård och hälso- och sjukvård enligt intervjupersonerna, det vill säga att samla de olika verksamheterna under samma tak.

I en region har man försökt samlokalisera en tandvårdsklinik med en vårdcentral och att ha en gemensam reception för de båda. De olika finansieringssystemen och betalmodellerna gjorde dock att det inte fungerade, och det slutade med att de två olika verksamheterna arbetade under samma tak, med två receptioner, utan samarbete dem emellan.

*Ingen av regionerna har gemensamma journalsystem*  
Ingen av de fem regionerna har några gemensamma journalsystem mellan tandvården och hälso- och sjukvården. I en region finns läsbarhet som möjliggör en viss överföring av information. I vissa regioner har man också diskuterat att ha tillgång till varandras journalsystem, men valt att avstå på grund av att administrationen anses för stor, och för att personalen skulle behöva arbeta i flera olika system. I några av landstingen pågår det ett arbete runt Framtidens vårdinformationsmiljö där man bland annat kommer att upphandla nya journalsystem. Tandvården är dock inte en del av detta arbete, och den kommer heller inte att omfattas av de nya journalsystemen enligt intervjupersonerna.

*Kultur och tradition påverkar samverkan*

Många intervjupersoner nämner att det finns en risk att tandvården ibland "glöms bort" och inte inkluderas i olika samverkansprojekt där tandvården skulle kunna vara en aktör. Detta kan ha att göra med att tandvården och hälso- och sjukvården historiskt varit två separata system, och att det finns en tradition av att de inte samarbetar. Sammantaget uttrycker intervjupersonerna att kultur och tradition är viktigt och påverkar samverkan i hög grad.



## Hinder och lösningar för samverkan enligt intervjupersonerna

Under intervjuerna lyfte intervjupersonerna flera olika typer av hinder och lösningar för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. I följande avsnitt anges några av de hinder och möjliga lösningar som nämndes i intervjuerna.

Ett hinder som återkommer bland respondenterna är det faktum att två olika lagar styr tandvården och hälso- och sjukvården (TL och HSL), vilket skulle kunna vara ett hinder eftersom det innebär en uppdelning mellan de olika systemen. De skilda finansieringsmodeller inom respektive system upplevs som ett hinder för samverkan eftersom tandvården i stor utsträckning måste tänka på sina intäkter. Eftersom patienten själv bär stora delar av kostnaden för tandvård kan det leda till att patienter avböjer att bli remitterade till tandvården även när det finns ett behov ur ett samverkansperspektiv. Några lösningar på detta hinder inom de nuvarande ramarna kunde dock inte respondenterna se.

Tandvården upplever att det finns en kultur av att tandvård och hälso- och sjukvård inte samarbetar. Båda sidor nämner också att det finns bristande kunskaper om varandras arbetssätt och om hur allmän hälsa och munhälsa kan påverka varandra. För att påverka kulturskillnader mellan domänerna krävs ett långsiktigt arbete med fokus på att ändra upparbetade arbetssätt. Det har skett förbättringar under senare år, men många pågående projekt är fortfarande i pilotstadiet.

Det brister även i följsamhet till styrdokument som behandlar samverkan. En tydligare nationell styrning mot ökad samverkan ses som en möjlighet till bättre följsamhet och är något som regionerna efterfrågar. Detta nämns av företrädare för både tandvårds- och hälso- och sjukvårdssidan.

Olika journalsystem är ett hinder för samverkan eftersom det bland annat påverkar remisshantering. I vissa fall skickas remiss per brev som riskerar att komma bort. Det har också förekommit att remisser riktade till hälso- och sjukvården har skickats i tandvårdens journalsystem och därför inte kommit fram till hälso- och sjukvårdens journaler. Även om man har tillgång till båda journalsystemen ökar alltså risken för misstag eftersom man arbetar i två olika system parallellt. Samverkan skulle således underlättas med tillgång till gemensamma e-tjänster, till exempel gemensamma journaler och gemensam remisshantering. En positiv utveckling i denna riktning är att skapa möjlighet till läsbehörighet i varandras journaler. Direkta kommunikationsvägar mellan tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal efterfrågas också som ett led till en bättre samverkan, till exempel via utvecklade e-tjänster eller någon form av funktionsbrevlåda så att man vet var man ska vända sig när en patient aktualiseras som behöver vård från den andra domänen.

Det saknas vidare struktur för samverkan vilket leder till att patienten själv, eller dennes anhöriga, måste agera för att få vård från både hälso- och sjukvård och tandvård. Det kan missgynna patienter med sämre förutsättningar. Detta är också en jämlikhets- och patientsäkerhetsfråga. Att skriva intyg för tandvårdsstöd anses också vara svårt inom hälso- och sjukvården. Det uppfattas som oklart vem som bär ansvaret för att skriva intyg, vilket kan

leda till att patienten inte får något intyg, och i förlängningen inte besöker tandvården. Det bör därför finnas en funktion eller befattning som har ett sammanhållet ansvar för samverkan mellan domänerna.

Grundutbildningarna för yrkeskategorierna som arbetar med berörda patienter har för lite fokus på kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa. Det behövs därför ett större fokus på munhälsan i relation till allmän hälsa i de olika grundutbildningarna. En gemensam kunskapsbas som grundläggs tidigt kan också bidra till att tandvården och hälso- och sjukvården samlas kring ett gemensamt hälsobudskap – ett gemensamt mål för båda parter som sätter patientens behov främst.

Större regioner innebär ökad komplexitet vilket gör det svårare att samverka. Både tandvården och hälso- och sjukvården måste se nyttan med att öka samverkan. Ett exempel är att man genom patientfall kan lära sig mer om när samverkan fungerar bra och vad den andra parten kan bidra med.

Sammantaget framkom bland respondenterna också att hälso- och sjukvården behöver prioritera samverkan med tandvård i större utsträckning än hittills. Att patienten även kan ha munhälsoproblem och behov av tandvård uppmärksammas inte i tillräcklig utsträckning enligt intervjupersonerna.

## Hur kan tandvård och hälso- och sjukvård bidra till utredning och behandling

Flera personer beskriver olika typer av utvecklingsprojekt som pågår i regionerna och där tandvården och dess kompetens kommer till användning i hälso- och sjukvården. Ett exempel är samarbetsprojekt kring diabetespatienter och multisjuka äldre. På vissa håll arbetar man för att få in tandvården i etablerade vårdprogram vilket kan öka tandvårdens deltagande.

## Kompetensutveckling för att förbättra samverkan

Ingen av intervjupersonerna i regionerna beskriver någon sammanhållen fortbildning som handlar om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa generellt, inom varken tandvården eller hälso- och sjukvården. Vissa framhåller också att kompetensutveckling pågår närmare verksamheterna och därför inte är något som regionernas ledning driver.

Det finns dock olika typer av utbildningar som berör munnens och den övriga kroppens hälsa, även om det inte alltid är det huvudsakliga temat. Det varierar också i vilken utsträckning olika utbildningsinsatser genomförs. En region beskriver till exempel tandvården som mycket aktiv när det gäller att genomföra eller driva att kompetensutveckling, och att de exempelvis bjuder in medicinare för att föreläsa för tandvårdens personal.

I vissa fall beskrivs också graden av fortbildning som personberoende. Ett exempel är att en av intervjupersonerna som representerar tandvården själv tagit initiativ till att besöka olika verksamheter inom hälso- och sjukvården för att utbilda personalen om de olika tandvårdstöden.

Kompetensutveckling beskrivs generellt som svår att få till stånd. Den är kostsam eftersom resurser måste tas från andra uppgifter. Det kräver också intresse för ämnet, och att just den kompetensutvecklingen prioriteras bland alla olika tänkbara ämnen. Hög personalomsättning kan också bidra till att man väljer att inte prioritera olika fortbildningar. Ett förslag som kom upp

under intervjuerna är därför att utbildningarna kan ligga på en webbplattform som är mer tillgänglig än till exempel utbildningsdagar.

Ett återkommande önskemål i intervjuerna var att grundutbildningarna borde inkludera kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa i större utsträckning. Detta gäller både för tandvårdspersonal och för annan hälso- och sjukvårdspersonal som kan tänkas möta dessa patienter i sitt kommande yrkesliv.

## Samverkan ur ett verksamhetsperspektiv

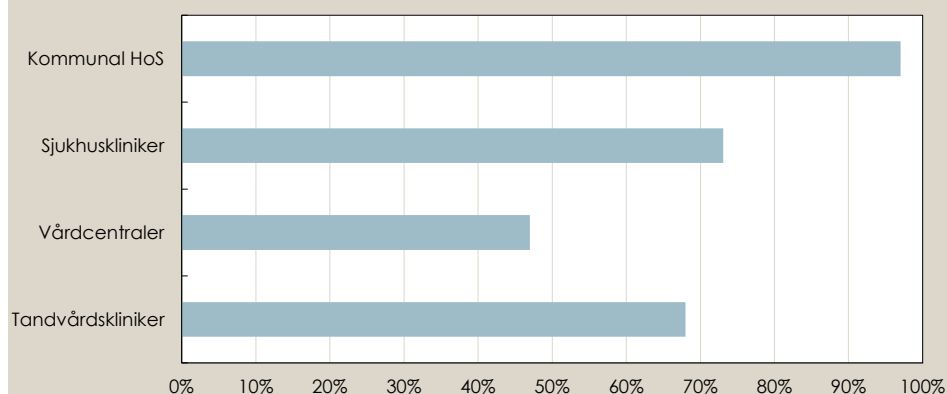
I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen resultatet av en verksamhetsenkät riktad till verksamhetschefer vid vårdcentraler, tandvårdskliniker och sjukhuskliniker, samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. Frågeställningarna i enkäterna berör hur samverkan mellan domänerna fungerar, vilka hinder och lösningar på samverkansproblemen som verksamheterna ser, utveckling av e-tjänster, kompetensutveckling etc. Se bilaga 3 för en redovisning av population, urval och svarsfrekvens på verksamhetsenkäterna.

### Hur fungerar samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård idag?

Vårdcentraler, sjukhuskliniker och kommuner/stadsdelar tillfrågades om de samverkar med tandvården, medan tandvårdsklinikerna tillfrågades om de samverkar med hälso- och sjukvården (figur 1).

**Figur 1. Andel verksamheter som samverkar med tandvården respektive hälso- och sjukvården\***

Andelar i procent Kommuner 157 st, sjukhuskliniker 182 st, vårdcentraler 287 st, tandvårdskliniker 467 st.



\* Kommuner, sjukhuskliniker och vårdcentraler fick frågan om de samverkar med tandvården. Tandvårdskliniker fick frågan om de samverkar med hälso- och sjukvården.

Källa: Socialstyrelsen 2019

Den överväldigande majoriteten, 97 procent, av kommunerna och stadsdelarna uppger att den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med tandvården. De fyra kommuner eller stadsdelar som uppger att den kommunala

hälso- och sjukvården inte samverkar uppger samtliga att de skulle vilja samverka med tandvården. Av sjukhuskliniker är det 73 procent som uppger att de samverkar med tandvården.

Vårdcentralerna samverkar med tandvården i lägst utsträckning. Offentliga vårdcentraler samverkar dock i något högre utsträckning än privata. Totalt 39 procent av de privata vårdcentralerna och 53 procent av de offentliga vårdcentralerna uppger att de samverkar med tandvården. Majoriteten av tandvårdsklinikerna uppger att de samverkar med hälso- och sjukvården. Den kliniktyp som samverkar med sjukvården i högst utsträckning är specialisttandvårdsklinikerna (tabell 3).

**Tabell 3. Samverkar tandvårdskliniken med sjukvården?**

Andelar i procent.

|                | Alla tandvårdskliniker | Folktandvårdskliniker (allmäntandvård) | Folktandvårdskliniker (specialisttandvård) | Privata tandvårdskliniker |
|----------------|------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|
| Ja             | 68                     | 82                                     | 93                                         | 61                        |
| Nej            | 32                     | 18                                     | 7                                          | 39                        |
| Antal svarande | 467                    | 204                                    | 85                                         | 178                       |

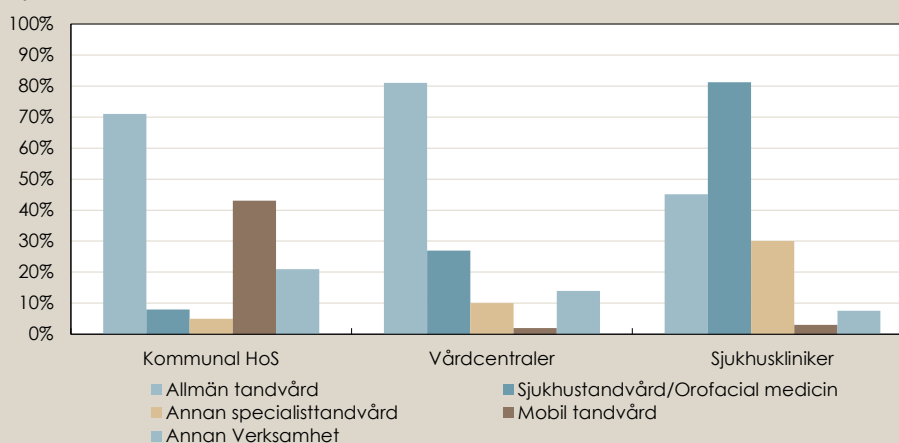
Källa: Socialstyrelsen 2019

*Hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppger att de samverkar med olika verksamheter inom tandvården*

De respondenter som uppgav att de har samverkan med tandvården respektive hälso- och sjukvården fick en följdfråga om vilka verksamheter de samverkar med. Kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentraler samverkar i högst utsträckning med allmäntandvården, medan sjukhuskliniker istället samverkar mest med sjukhustandvård/orofacial medicin (figur 2).

**Figur 2. Verksamheter inom tandvården som kommunal hälso- och sjukvård, vårdcentraler och sjukhuskliniker samverkar med**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ. Kommuner 153 st, sjukhuskliniker 133 st, vårdcentraler 134 st



Källa: Socialstyrelsen 2019

Den verksamhet som den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med i högst utsträckning är allmäntandvården, följt av mobil tand-

vård i detta sammanhang är tandvård som bedrivs utanför en tandvårdsmottagning. Inom "annan verksamhet" är den mest förekommande samverkansparten uppsökande verksamhet för munhälsobedömningar och nödvändig tandvård. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är tandvårdsstöd som riktar sig till vissa äldre och funktionshindrade och som administreras och finansieras av regionerna.

Majoriteten av vårdcentralerna uppger att de samverkar med allmäntandvården. Av de som har svarat att de samverkar med "annan verksamhet" är det främst tandvården genom barnhälsovården (BHV) som nämns. De vårdcentraler som inte har samverkan med tandvården fick ange vilka verksamheter de skulle vilja samverka med. Det vanligaste svarsalternativet är allmäntandvården följt av sjukhustandvård/orofacial medicin.

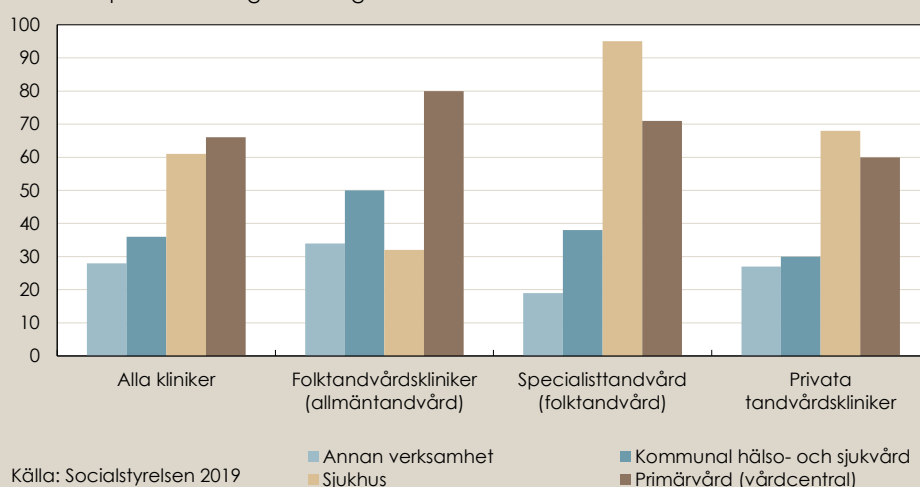
Sjukhusklinikerna samverkar mest med sjukhustandvård/orofacial medicin. Det följs av allmäntandvården och annan specialisttandvård. Av de 49 sjukhuskliniker som inte har någon samverkan med tandvården svarar 19 stycken, motsvarande 39 procent, att de inte vill samverka med tandvården alls. Det näst vanligaste svarsalternativet är att de vill samverka med allmän tandvård följt av sjukhustandvård/orofacial medicin. I kommentarerna till svarsalternativet "annan verksamhet" nämns till exempel samverkan kring patienter som behöver narkos.

### *Tandvårdsklinikerna uppger att de främst samverkar med vårdcentraler och sjukhus*

Den verksamhet som tandvårdsklinikerna samverkar med i högst utsträckning är primärvården, tätt följd av hälso- och sjukvård på sjukhus. Det skiljer sig emellertid markant mellan de olika typerna av tandvårdsklinik när det gäller vilken sjukvårdsverksamhet som man har mest utvecklad samverkan med. Nästan alla specialisttandvårdskliniker uppger att de samverkar med sjukhus. Det är också en relativt hög andel av de privata klinikerna som samverkar med sjukhus (figur 3).

**Figur 3. Verksamheter inom hälso- och sjukvården som tandvården samverkar med**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ. N = 355



Allmäntandvårdsklinikerna inom folktandvården samverkar däremot med sjukhus i betydligt lägre utsträckning. De samverkar dock med både primärvård och kommunal hälso- och sjukvård i markant högre utsträckning än de privata klinikerna. Gruppen ”annan verksamhet” domineras av barnavårdscentraler (BVC) och familjecentraler.

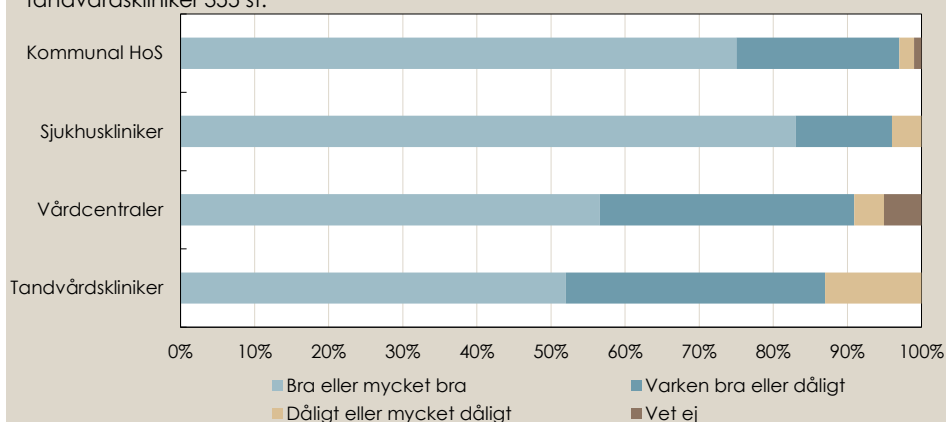
De 112 kliniker som uppger att de inte samverkar med sjukvården fick följdfrågan om vilka verksamheter de skulle vilja samverka med. Knappt 80 procent av tandvårdsklinikerna önskar samverkan med primärvården. Dessutom vill knappt hälften av klinikerna samverka med sjukhus och knappt 40 procent av tandvårdsklinikerna vill ha samverkan med kommunal hälso- och sjukvård. Var femte tandvårdsklinik vill inte ha någon samverkan med hälso- och sjukvården.

### *De flesta verksamheter anser att samverkan fungerar bra*

De verksamheter som uppgett att de samverkar med tandvården respektive hälso- och sjukvården fick en följdfråga om hur de anser att samverkan fungerar på ett generellt plan. En klar majoritet av kommunal hälso- och sjukvård och sjukhuskliniker anser att samverkan fungerar bra eller mycket bra. Vårdcentraler och tandvårdskliniker är inte fullt lika nöjda (figur 4).

**Figur 4. Hur fungerar samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården generellt**

Andelar i procent. Kommuner 153 st, sjukhuskliniker 133 st, vårdcentraler 134 st, tandvårdskliniker 355 st.



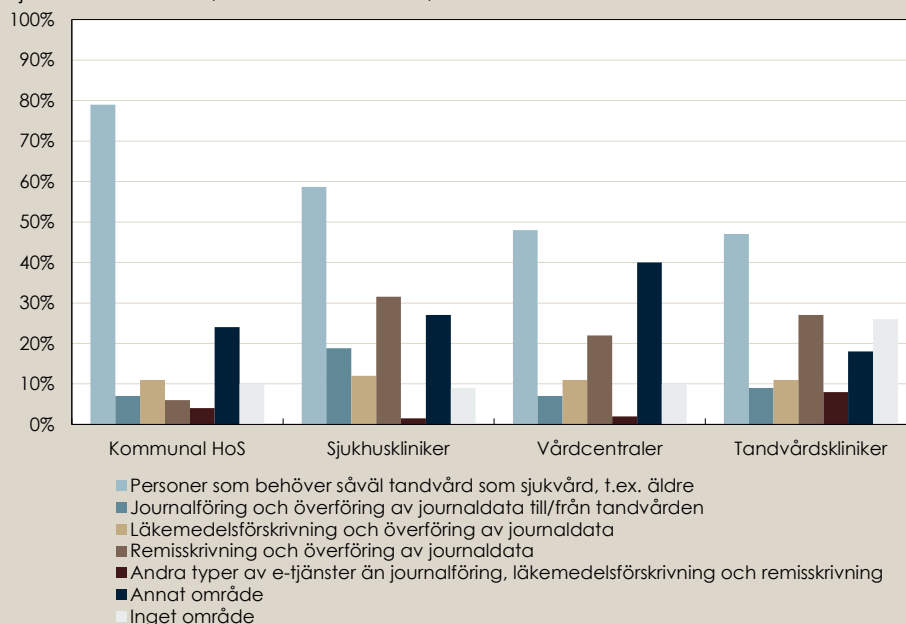
Källa: Socialstyrelsen 2019

### *Samverkan fungerar väl kring personer som behöver vård från både tandvård och hälso- och sjukvård*

De olika verksamheterna fick ange inom vilka områden som de uppfattar att samverkan fungerar tillfredsställande. För samtliga verksamhetstyper – kommunal hälso- och sjukvård, sjukhuskliniker, vårdcentraler och tandvårdskliniker, är det vanligaste svarsalternativet patienter som behöver både tandvård och sjukvård, till exempel äldre (figur 5).

**Figur 5. Områden där verksamheterna anser att samverkan fungerar väl**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ. Kommuner 153 st, sjukhuskliniker 133 st, vårdcentraler 134 st, tandvårdskliniker 355 st.



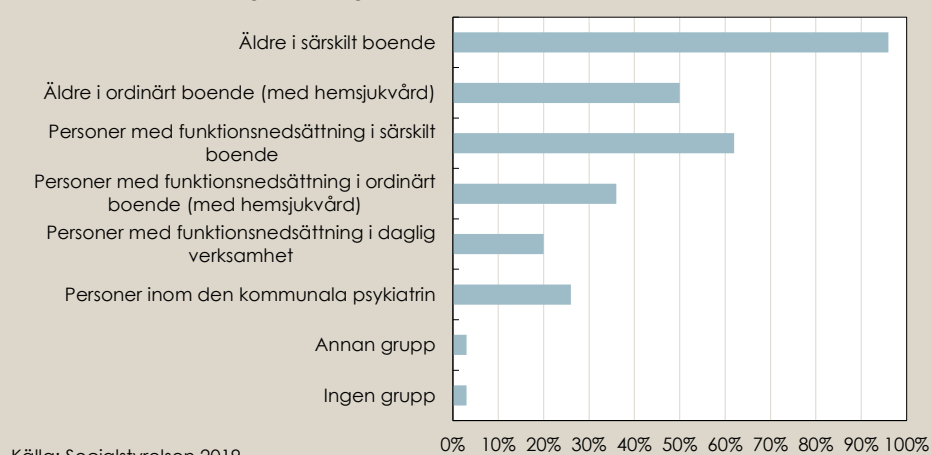
Källa: Socialstyrelsen 2019

### Samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården och tandvården fungerar bäst för äldre i särskilt boende

Den kommunala hälso- och sjukvårdens målgrupper utgörs till stor del av äldre, patienter med funktionsnedsättning och patienter inom den kommunala psykiatri. Samverkan uppges fungera bra för gruppen äldre i särskilt boende i nästan alla kommuner (figur 6). Drygt hälften av kommunerna och stadsdelarna uppges att samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård fungerar bra för personer med funktionsnedsättning i särskilt boende.

**Figur 6. Målgrupper i kommunal hälso- och sjukvård där samverkan med tandvården fungerar väl. N = 153**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ.



Källa: Socialstyrelsen 2019

För personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende med hemsjukvård, personer inom den kommunala psykiatrin och personer med funktionsnedsättning i daglig verksamhet är det dock en betydligt lägre andel av kommunerna och stadsdelarna som uppger att samverkan fungerar bra. I kategorin Annan grupp ingår bland annat personer som får munhälsobedömningar och patienter inom socialpsykiatrin.

Det är totalt 30 kommuner som uppger att det finns målgrupper inom den kommunala hälso- och sjukvården för vilka det saknas en fungerande samverkan, och där samverkan vore önskvärt. Det gäller bland annat äldre och funktionshindrade i ordinärt boende med hemsjukvård, och patienter inom den kommunala psykiatrin.

## Hinder och lösningar i verksamheterna

De vanligast förekommande hindren för samverkan mellan tandvårdskliniker och sjukvården är enligt respondenterna att tandvård och hälso- och sjukvård har olika journalsystem, bristande kunskap om de olika tandvårdsstöden och deras regelverk i verksamheterna och att det är dåligt med gemensamma samverkansforum mellan de båda domänerna.

Andra hinder som nämns är bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa samt att tandvård och hälso- och sjukvård är olika aktörer med olika styrning och ekonomi (figur 7). Svaret ”andra hinder” omfattar bland annat brist på intresse, svårigheter med att få tag i läkare, dålig tillgänglighet och oklarhet i ansvarsfördelningen mellan de båda systemen.

Förhållandevis många respondenter föreslår införande av forum för samverkan, utveckling av e-tjänster och utökad kompetensutveckling om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa som lösningar på hindren för samverkan. Svaren skiljer sig dock åt mellan de olika verksamhetstyperna.

Exempelvis ser 64 procent av den kommunala hälso- och sjukvården att utökad kompetensutveckling är en lösning, medan motsvarande andel för sjukhusklinikerna är 29 procent

Enligt den kommunala hälso- och sjukvården är de främsta hindren bristande kunskaper om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa, olika journalsystem i tandvård och hälso- och sjukvård samt för få samverkansforum (figur 7).

Drygt hälften av respondenterna inom den kommunala hälso- och sjukvården ser gemensam fortbildning för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal som en lösning samt gemensamma forum för samverkan. Vidare ser knappt hälften av respondenterna att integrerade e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård som en lösning på problemen samverkan. Det kan till exempel handla om journalsystem, läkemedelsförskrivning och remisshantering (figur 8).

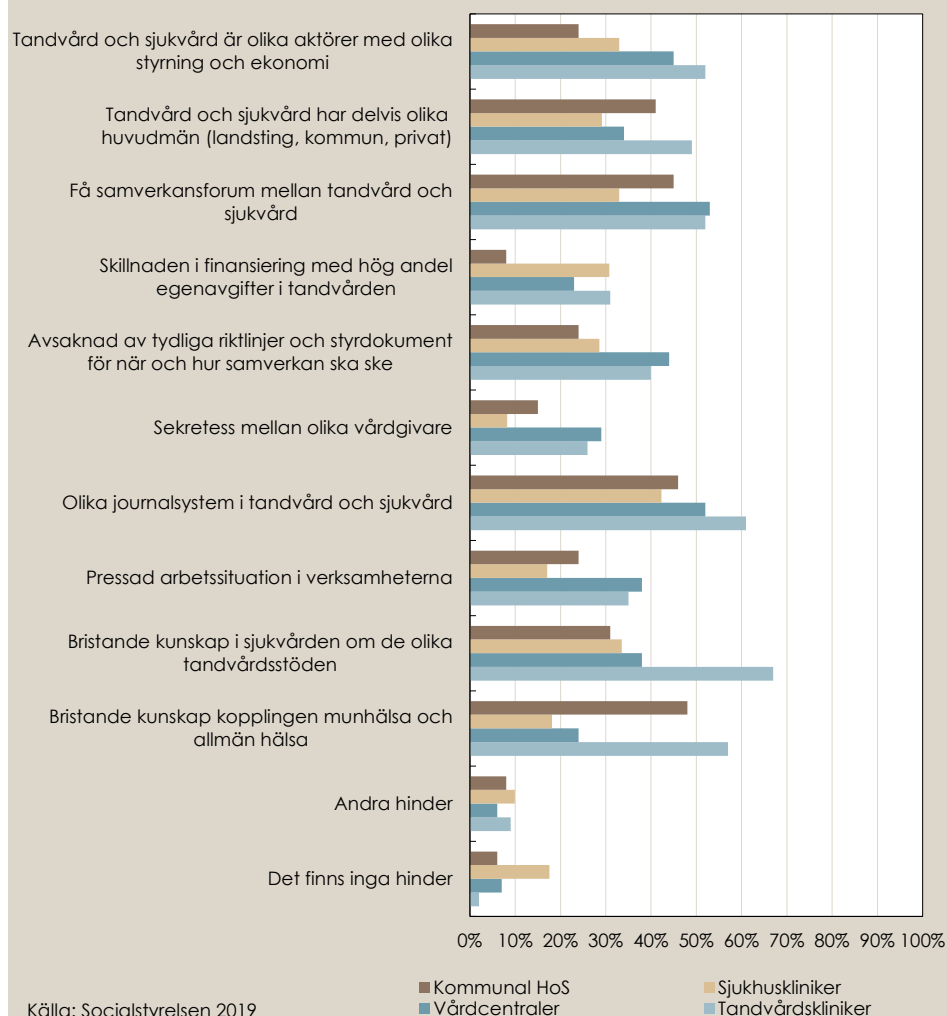
I stora delar är tandvårdsklinikerna överens om vilka som är de mest förekommande hindren för samverkan, till exempel bristen på samverkansforum där tandvården och hälso- och sjukvården kan mötas. Folk tandvården (allmäntandvård och specialisttandvård) uppfattar dock i högre grad att de olika journalsystemen är ett hinder för samverkan jämfört med de privata klini-



kerna. Specialisttandvården ser också skillnaden i finansiering och det faktum att tandvård och sjukvård är olika aktörer med olika styrning och ekonomi som större hinder för samverkan än allmäntandvården.

**Figur 7. Hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ. N = Kommuner 153 st, sjukhuskliniker 182 st, vårdcentraler 287 st, tandvårdskliniker 467 st.

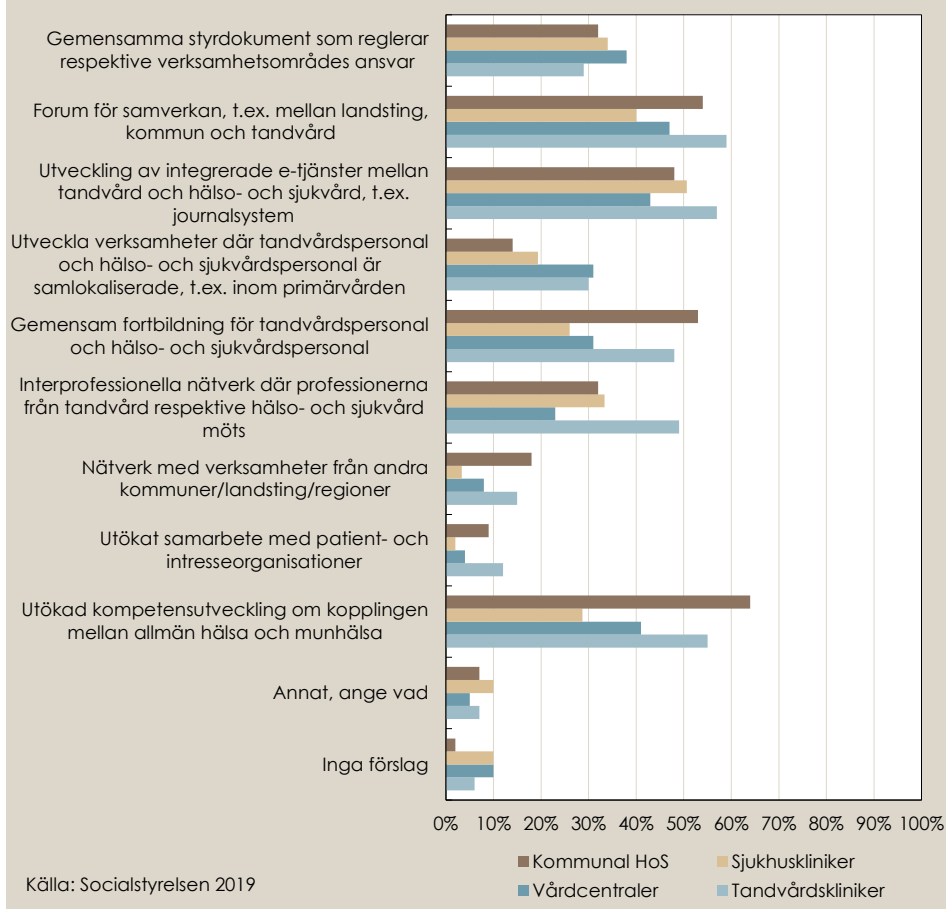


Som lösningar ges bland merparten av tandvårdsklinikerna förslag som gäller forum för samverkan, integrerade e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård och utökad kompetensutveckling om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Hälften av klinikerna ser dessutom gemensam fortbildning för tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal som en lösning på samverkansproblematiken, samt interprofessionella nätverk där tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal kan mötas. I gruppen ”annat” finns bland annat förslag på fast kontaktperson eller koordinator i verksamheterna, tydligare rutiner och samsyn när det gäller prioriteringar och att tandvårdsinsatser som är kopplade till sjukvården hamnar inom sjukvårdstaxan.

Specialisttandvården ser integrerade e-tjänster och interprofessionella nätverk där tandvårdens och sjukvårdens professioner kan mötas som lösningar på samverkanshindren i större utsträckning än folktandvården och de privata tandvårdsklinikerna. Allmäntandvårdsklinikerna inom folktandvården ser å sin sida gemensam fortbildning för tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal och samlokalisering av verksamheterna som en lösning på samverkanshindren i högre utsträckning än specialisttandvården och de privata tandvårdsklinikerna (figur 8).

**Figur 8. Lösningar på hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ. N = Kommuner 148 st, sjukhuskliniker 150 st, vårdcentraler 266 st, tandvårdskliniker 461 st.



Även vårdcentralerna lyfter fram att det finns för få samverkansforum och att de olika journalsystemen inom tandvården respektive hälso- och sjukvården är hinder för samverkan. I gruppen ”andra hinder” finns bland annat geografiska avstånd, bristande traditioner, krångligt intygsskrivande och litet behov av samverkan.

Vårdcentralerna förslag på lösningar stämmer till viss del överens med vad de uppfattar som generella hinder för samverkan. I första hand efterfrågas forum för samverkan, utveckling av integrerade e-tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård samt utökad kompetensutveckling. I gruppen ”Annat”

finns bland annat att nya kontaktvägar bör etableras, införande av nya prioriteringsregler, att hela eller delar av tandvården bör ingå i högkostnads-skydd och att det bör finna ekonomiska incitament för samverkan.

De offentliga vårdcentralerna lyfter fram nya forum för samverkan, samlokaliserade verksamheter och kompetensutveckling om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Privata vårdcentraler väljer i stället svarsalternativet att ta fram gemensamma styrdokument för tandvården och sjukvården, i större utsträckning än offentliga motsvarigheter.

Sjukhusklinikerna tar också upp att journalsystemen är olika, följt av att det finns kunskapsbrister i sjukvården när det gäller tandvårdsstöden. Ungefär en femtedel av de svarande uppger att det inte finns några hinder, vilket skiljer ut sig i förhållande till de andra verksamheterna som tillfrågades. I gruppen ”andra hinder” nämns till exempel de olika tandvårdsstöden och att det är tandvården som har bristande kunskaper om vilka patienter som har rätt till stöd, snarare än sjukvården.

Många sjukhuskliniker anser att de olika journalsystemen är ett hinder för samverkan och därigenom att integrerade e-tjänster är en lösning på samverkansproblematiken. Ungefär hälften av de 150 svarande klinikerna uppger detta svarsalternativ.

### *Samlokalisering mellan tandvård och hälso- och sjukvård är förhållandevis ovanligt*

Ett sätt att underlätta samverkan mellan de olika domänerna kan vara att samlokalisera tandvård och hälso- och sjukvård. Detta är dock relativt ovanligt. Endast var femte tandvårdsklinik och var tredje vårdcentral och sjukhusklinik uppger att de är samlokaliserade med den andra domänen. Högst grad av samlokalisering har specialisttandvårdsklinikerna, omkring hälften av dem är samlokaliserade med hälso- och sjukvården vilket hänger samman med att de relativt ofta är placerade på sjukhus. Samtidigt är mindre än var tionde privat tandvårdsklinik samordnad med någon sjukvårdsverksamhet. De flesta kliniker som är samlokaliserade menar att det är positivt hur samverkanssynpunkt.

### *Hur kan tandvården bidra till utredning och omhändertagande av patienter*

En aspekt på förbättrad samverkan är tandvårdens bidrag till att utreda och omhänderta patienter som även behöver hälso- och sjukvård. I enkäterna ställdes därför frågan om hur tandvården ytterligare kan bidra till detta. Många svar är generella och handlar om att samverkan mellan de båda domänerna är viktig, och att tandvården har stora möjligheter att göra en insats då den träffar en stor del av befolkningen.

Gemensamt för de olika verksamheterna är att man vill se bättre informationsöverföring, till exempel via läsbehörighet i varandras journalsystem. Omhändertagandet skulle också kunna förbättras genom att tandvården tar en mer aktiv roll när det gäller att utreda sjukdomar och tillstånd som påverkar både allmän hälsa och munhälsa. Det kan till exempel handla om att identifiera patienter som löper ökad risk att drabbas av olika hälsoproblem.

### *Kommunal hälso- och sjukvård ser behov av utvecklad samverkan och tillgänglighet till tandvården och dess expertis*

Den kommunala hälso- och sjukvården tar upp att tandvården skulle kunna delta mer aktivt i vård och utredning av patienterna på särskilda boenden, till exempel vid problem med nutrition och smärta, och att de kan bidra mer med sina expertkunskaper där. Man ser att det är svårare att få till samverkan för patienter i ordinärt boende.

Respondenterna från den kommunala hälso- och sjukvården önskar generellt bättre tillgänglighet till tandvården och dess expertis. Svarspersonerna tar upp Tandhygienist i kommun (TAIK) i Västra Götaland där tandhygienister arbetar ute i verksamheten för att förbättra kunskapen om munhälsans betydelse och förbättra samverkan.

Några andra förslag på hur tandvården kan bidra till utredning och omhändertagande av patienter är att:

- Låta tandvårdspersonal kompetensutveckla och fortbilda kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.
- Utveckla strukturer och arbetsprocesser mellan kommun och tandvård vilket kräver engagemang från ledningsnivå.
- Snabbare förmedling av information från tandvården till hälso- och sjukvården om upptäckta tandhälsoproblem.
- Införa årliga kallelser till tandvården för äldre personer, och sedan ha strukturerad återkoppling, till exempel i kvalitetsregistret Senior Alert.

### *Sjukhuskliniker efterfrågar gemensamma nätverk och bättre rutiner*

Ungefär var femte sjukhusklinik uppger att samarbetet fungerar bra med tandvården och att det inte behöver utvecklas. Man skriver till exempel att remissförfarandet fungerar och att patienterna är nöjda. Några uppger också att de inte har behov av att samarbeta eller inte ser på vilket sätt deras verksamhet är kopplad till tandvården.

Förslag på hur tandvården kan bidra till utredning och omhändertagande är:

- Det behövs gemensamma nätverk med tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel gemensamma ronder i slutenvården där patienter som är inskrivna på sjukhus får en bedömning av munhälsan.
- Den uppsökande verksamheten inom slutenvården skulle underlättas med tydliga rutiner.
- Det behövs förbättrad remittering, journaldokumentation och kommunikation mellan vårdgivare. Till exempel om en patient har en läkemedelsbehandling som påverkar munhälsan.
- Tandvården bör hjälpa till att öka kunskaperna om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa inom sjukvården.
- Tandvården kan delta i det hälsoförebyggande arbetet, till exempel med rökning, alkohol, kost, motion etc. i samverkan med primärvården.

- Tandvården skulle kunna hjälpa till med att slussa patienter rätt, t.ex. tandvårdsrädna, papperslösa och asylsökande som inte har ordinarie tandläkare.

### *Vårdcentralerna önskar smidigare kontaktvägar*

Vårdcentralerna anser generellt att det behövs en ökad samverkan och smidigare kontaktvägar mellan primärvård och tandvård, för att de olika verksamheterna lättare ska kunna bidra till utredning och behandling. Man vill till exempel att tandvården remitterar patienter till hälso- och sjukvården vid behov, och vice-versa. I detta sammanhang tar vårdcentralerna också upp att förenklade kontaktvägar och gemensamma journalsystem vore önskvärt. Flera vårdcentraler nämner vidare att tandvården framför allt kan bidra när det gäller äldre och multisjuka patienter, till exempel genom hembesök till patienter inom hemsjukvården som har svårt att lämna hemmet. Några andra kommentarer från vårdcentralerna när det gäller hur tandvården kan bidra till utredning och behandling är:

- Tandvården och hälso- och sjukvården bör i större utsträckning planera patienternas vård tillsammans, till exempel genom vårdteam för utsatta grupper.
- Tandvården borde medverka vid läkemedelsgenomgångar så att läkemedels påverkan på munhälsan uppmärksammas.
- I samband med hälsokontroller för äldre är det viktigt att belysa munhälsa och här skulle exempelvis en tandhygienist kunna samverka med distriktsköterskan
- Tandvården bör hjälpa till med att förbättra kunskaperna om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa inom sjukvården. Tandvården bör också informera mer om hur den kan bidra till utredning
- Det behövs gemensamma rutiner
- Tandvården skulle själva till exempel kunna förskriva antibiotika och smärtstillande medel och justera blodförtunnande läkemedel

### *Tandvårdsklinikerna*

Tandvårdsklinikerna tar upp att tandvården ofta har regelbunden kontakt med stora delar av befolkningen och att man har god möjlighet att identifiera patienter som löper ökad risk att drabbas av exempelvis diabetes. Tandvården kan därmed bidra till utredning och behandling genom att bedöma patientens hälsostatus och remittera patienten vidare till hälso- och sjukvården vid behov. En respondent beskriver det så här:

*..munnen är en del av kroppen och vi ser mkt i mötet kring det allmänna hälsoläget. Träffar dessutom patienter regelbundet och jobbar förebyggande. Vi skulle kunna göra regelbundna medicinska "check-ups" i samma veva som patienten ändå kommer.*

Flera kliniker tar också upp att tandvården skulle kunna medverka i viss screening, till exempel för högt blodtryck eller benskörhet. Flera respondenter

nämner dock att det nuvarande ersättningssystemet är ett hinder i detta sammanhang eftersom utredande och omhändertagande insatser inte nödvändigtvis ersätts.

Några andra förslag på hur tandvården kan bidra till utredning och omhändertagande av patienter är:

- Tandvården kan stötta äldre sköra patienter och patienter med psykisk ohälsa och slussa dem vidare. I detta sammanhang efterfrågas enklare och tydligare kontaktvägar till både primärvården och specialistvården
- Hälso- och sjukvårdspersonal behöver mer utbildning om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa
- Tandvården bör vara delaktig vid läkemedelsgenomgångar så att läkemedels påverkan på munhälsan uppmärksammas.
- Tandvårdspersonal bör vara mer lokaliserade ute i hälso- och sjukvården, till exempel i primärvård eller i den kommunala hälso- och sjukvården där de bland annat skulle kunna bidra med kompetens om hur man tar hand om äldre och skörs munhälsa. Nu är tandvården ofta ”vid sidan av” och mycket skulle kunna vinnas om tandvården var mer inkluderad.
- Det behövs en struktur för samverkan som har ledningens stöd så att samverkan inte är beroende av enskilda personer eller av att anhöriga tar ett stort ansvar.

### *Tandvårdens arbete med att identifiera riskfaktorer för allmän hälsa*

Att identifiera riskfaktorer för allmän hälsa är en viktig del i tandvårdens arbete med att delta i utredning och behandling. Majoriteten av klinikerna uppger att de bidrar till att identifiera riskfaktorerna tobak, alkohol och droger samt diabetes hos patienterna (tabell 4). En betydande andel uppger också att de bidrar till att identifiera risker för den allmänna hälsan inom områdena övervikt och högt blodtryck.

**Tabell 4. Andelen tandvårdskliniker som bidrar till att identifiera riskfaktorer för den allmänna hälsan hos patienterna**

Andelar i procent. Det går att ange flera svarsalternativ.

| Riskfaktor         | Alla tandvårdskliniker | Folktandvårdskliniker (allmäntandvård) | Folktandvårdskliniker (specialisttandvård) | Privata tandvårdskliniker |
|--------------------|------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|
| Tobaksbruk         | 97                     | 99                                     | 98                                         | 96                        |
| Alkohol och droger | 64                     | 44                                     | 60                                         | 69                        |
| Diabetes           | 67                     | 54                                     | 51                                         | 72                        |
| Högt blodtryck     | 42                     | 21                                     | 26                                         | 49                        |
| Övervikt           | 49                     | 42                                     | 31                                         | 53                        |
| Antal svarande     | 467                    | 204                                    | 85                                         | 178                       |

Källa: Socialstyrelsen 2019

Tandvårdsklinikerna tar även upp ytterligare riskfaktorer för den allmänna hälsan som de uppmärksammar i samband med att de träffar patienterna. Dit hör bland annat åtsmörningar och reflux, cancer, benskörhet, äldre och de-

mens, psykiska besvär, hjärt- och kärl (koppling till parodontit) samt läkemedels inverkan (t.ex. muntorrhet). Vidare uppmärksammar åtskilliga kliniker kostens betydelse, barn som far illa och våldsutsatthet.

### *Utveckling av e-tjänster är en viktig faktor för det fortsatta samverkansarbetet*

Ett framträdande hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården är de skilda journalsystemen och det faktum att informationsöverföring generellt inte fungerar särskilt väl mellan de båda domänerna. Informationsöverföring är också en viktig patientsäkerhetsfråga. Socialstyrelsen undersökte därför vilka utvecklingsmöjligheter av e-tjänster de olika verksamheterna kan se. Med e-tjänster avses i första hand tjänster som används av professionen i deras arbete, till exempel sammankopplade journalsystem, receptförskrivning, remisser och remissvar.

Majoriteten av kommunerna, sjukhusklinikerna, vårdcentralerna och tandvårdsklinikerna ser utveckling av e-tjänster som en viktig faktor för att förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Åtskilliga respondenter ger generella svar om att kunna läsa i varandras journaler eller på annat sätt få tag på information om patienterna. Drygt var tredje tandvårdsklinik tar upp gemensam journalföring som ett utvecklingsområde och lika stor andel tar upp tillgång information om patientens läkemedelsförskrivning. Gemensamma journaler eller läsbehörighet i varandras journaler är också ett vanligt svar från vårdcentraler och sjukhuskliniker.

Att tandvården och hälso- och sjukvården inte har sammankopplade system och exempelvis är hänvisade till pappersremisser ses som ett stort hinder för samverkan. Var femte tandvårdsklinik nämner också möjligheten att skicka elektroniska remisser istället för att som idag vara hänvisad till pappersremisser som ett viktigt område att utveckla.

Även Nationell Patientöversikt (NPÖ) är ett vanligt förekommande utvecklingsområde. Kommunal hälso- och sjukvård nämner till exempel att de använder NPÖ inom sjukvården, exempelvis att de kan se primärvårdens och slutenvårdens journaler, och att mycket skulle vara vunnet om de även kunde se tandvårdens journaler. Idag är det dock få kommuner som producerar egen data i NPÖ utan de har endast läsbarhet vilket minskar nyttan av NPÖ. Förutom att inkludera tandvården i NPÖ skulle fler kommuner behöva producera information och lägga in i systemet så att det blir mer användbart.

Andra kommentarer handlar bland annat om att utveckla webbutbildningar, ta fram strukturer för att kunna följa patientens väg genom vården och utveckling av system som möjliggör överföring av information utan att bryta sekretess.

Det är dock inte alla som tycker att utveckling av e-tjänster är nödvändigt. Några skriver att de redan har sammankopplade e-tjänster och därför inte ser behovet av utveckling. Andra menar att deras verksamhet inte behöver samverka med tandvården och att sammankopplade e-tjänster därför inte är av intresse. Till exempel skriver en vårdcentral att man aldrig saknat tillgång till journaler och att de inte kan se något behov av att primärvården ska få tillgång till tandvårdens data. Ett par respondenter kommenterar också att utveckling av gemensamma e-tjänster med tandvården inte bör prioriteras när

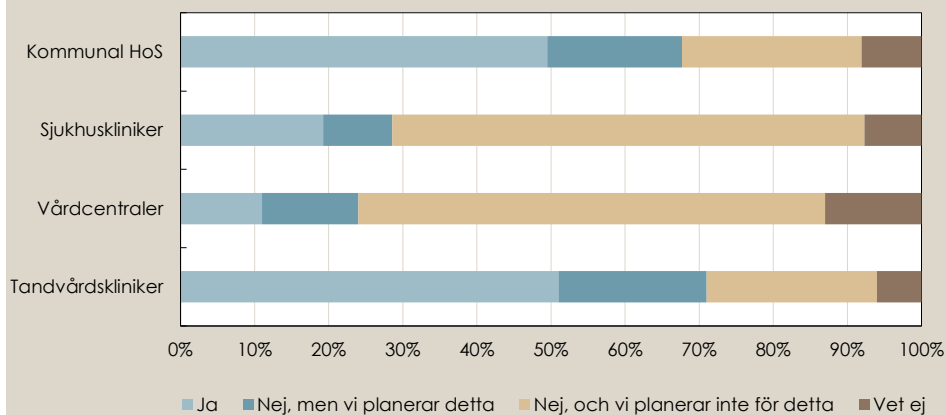
det i nuläget är svårt att samverka inom hälso- och sjukvården. Istället bör man fokusera på att utveckla samverkan inom hälso- och sjukvården och på primärvårdens huvuduppdrag.

## Hur kan kunskapen i verksamheterna om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa öka?

Bristande kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är ett framträdande hinder för samverkan som kan leda till att patienter med hälsoproblem som berör den andra domänen inte får adekvat vård i tid. Socialstyrelsen undersökte därför i vilken utsträckning de olika verksamheterna har genomfört kompetensutveckling i detta ämne. Ungefär hälften av tandvårdsklinikerna och verksamheterna inom den kommunala hälso- och sjukvården uppger att de genomfört kompetensutveckling om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa för personalen under de senaste 12 månaderna. Ungefär en femtedel uppger att de inte har haft någon sådan men de har sådana planer. Samtidigt uppger en femtedel av sjukhusklinikerna och var tionde vårdcentral att de har genomfört sådan kompetensutveckling. Merparten av dessa verksamhetstyper svarar också att de inte planerar att genomföra sådan i framtiden (figur 9).

**Figur 9. Har verksamheternas personal deltagit i kompetensutveckling om kopplingen munhälsa och allmän hälsa**

Andelar i procent. Avser de senaste 12 månaderna. Kommuner 157 st, sjukhuskliniker 182 st, vårdcentraler 287 st, tandvårdskliniker 467 st.



Källa: Socialstyrelsen 2019

På följdfrågan om vilka personalgrupper som kompetensutvecklingen vänt sig till svarar de allra flesta kommunerna att man riktat kompetensutvecklingen mot undersköterskor (98 procent), men vårdbiträden och sjuksköterskor är också vanligt.

När det gäller till sjukhuskliniker är det i första hand sjuksköterskor (83 procent), undersköterskor (67 procent) och läkare (65 procent) som fått kompetensutveckling om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. I kommentarerna nämns också fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, koordinator, paramedicinsk personal, mentalskötare och tandläkare. På vårdcentralerna är det främst läkare och sjuksköterskor som fått kompetensutvecklingen.



När det gäller till tandvårdskliniker så omfattas tandläkare (97 procent), tandhygienister (87 procent) och tandsköterskor (85 procent) i allmäntandvården i hög grad av kompetensutvecklingen. Inom specialisttandvården ligger fokus mer på tandläkarna.

### *Gemensam kompetensutveckling för tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal är ovanligt*

Det är relativt ovanligt med utbildningsinsatser som är gemensamma för både hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal. Det är 5 respektive 8 procent av vårdcentralerna och sjukhusklinikerna som uppger att deras personal har genomfört utbildning tillsammans med tandvårdspersonal. Denna typ av kompetensutveckling har dock genomförts i en fjärdedel av kommunerna och stadsdelarna och i 16 procent av tandvårdsklinikerna.

### *Jämställdhets- och jämlikhetsperspektiven till viss del integrerade i samverkansarbetet*

Det är också viktigt att samverkan fungerar väl hur jämställdhets- och jämlikhetsaspekt, det vill säga att samverkan fungerar likvärdigt oberoende av patientens kön, ursprung eller socioekonomi etc. Samverkan ska också fungera likvärdigt över landet så att graden av samverkan inte beror på var patienten bor. Dessutom ska samverkan vara väl utbyggd oberoende av diagnos eller tillstånd.

Tandvårdskliniker uppger att de integrerat jämställdhetsperspektivet i större utsträckning än de övriga verksamhetstyperna. Ungefär tre av fem tandvårdskliniker arbetar med jämställdhet och jämlikhet i samverkansarbetet, att jämföra med knappt två av fem verksamheter inom kommunal hälso- och sjukvård. En förhållandevis stor grupp inom samtliga verksamhetstyper uppger att de inte vet.

De olika verksamheterna fick ange på vilket sätt perspektiven är integrerade. I kommentarerna finns framför allt generella skrivningar om att perspektiven genomsyrar hela arbetet och att till exempel kön, ålder eller ursprung inte ska påverka vilken vård patienten får. Detta gäller alla fyra verksamhetstyper. Flera tar upp att de har likabehandlingspolicyer och att jämställdhets- och jämlikhetsarbete är integrerat i alla arbetsuppgifter. Många av kommunerna skriver om landstingens tandvårdsstöd och att alla som uppfyller kriterierna för att få stöden får munhälsobedömningar och nödvändiga intyg. Bland svaren fanns även mer specificerade sätt att arbeta med jämställdhet och jämlikhet i samverkansarbetet:

- hbtq-certifiering
- möjlighet till tolk
- föräldrar ges både muntlig och skriftlig information
- likabehandlingspolicyer
- frågor om jämställdhet och jämlikhet tas upp på arbetsplatsträffar
- jämställdhetsformulär
- etiska diskussioner.

## Övriga kommentarer

Avslutningsvis fick kommunal hälso- och sjukvård, sjukhuskliniker, vårdcentraler och tandvårdskliniker möjlighet att lämna avslutande kommentarer.

Många respondenter skriver om att munnen måste börja ses som en del av kroppen och att man bör se hela människan. I dagens system är tänder och mun avskilda från resten av kroppen, inte minst genom att tandvård och hälso- och sjukvård är två skilda system med olika lagstiftning.

Respondenterna ser ett stort behov av mer kunskap om munhälsa och dess koppling till allmän hälsa, både i hälso- och sjukvården och i tandvården. Det finns stora luckor när det gäller vem som har ansvaret för munhälsan och det behövs mer utbildning. Angående utbildning skriver en sjukhusklinik att

*Inom sjukvården skulle vi behöva mer medicinsk kunskap om orala manifestationer av medicinska sjukdomar. Ofta fokuserar utbildningar på vilka intyg som skall skrivas, det vore roligare att fokusera på gemensamma medicinska aspekter av samverkan.*

Det anses även vara viktigt med en tydlig fördelning av roller och ansvar om vem som ska hålla i samverkan, inte minst på grund av att verksamheterna är pressade och kan ha svårt att hinna med det de ska göra trots att viljan finns. En kommun vill till exempel se en funktion inom kommunen som har ansvar för tandvård och tandhälsa. Även ett par tandvårdskliniker skriver specifikt om en samordningsfunktion och utsedda kontaktpersoner. Ett annat förslag är att tandvården och hälso- och sjukvården organiserar träffar där de kan diskutera sätt att utveckla samverkan.

Flera kommuner påpekar också att mycket av munvården inom kommunen görs av omsorgspersonal, det vill säga undersköterskor och vårdbiträden, på särskilda boenden och inom hemtjänsten. Det är i stor utsträckning de som har kontakt med tandhygienist och får utbildning i munvård. Flera tandvårdskliniker tar upp äldre, sköra och multisjuka patienter som exempel på grupper för vilka samverkan måste förbättras. Man ser att gruppen äldre och sköra kommer att öka, och eftersom äldre har fler egna tänder kvar kommer det att krävas fungerande samverkan mellan tandvården, landstingets hälso- och sjukvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunens äldreomsorg har också en viktig roll att spela här. Vidare nämns patienter med psykisk ohälsa som en specifik grupp för vilken samverkan behöver utvecklas.

## Samverkan ur professionens perspektiv

Socialstyrelsen redovisar i detta avsnitt en intervjuundersökning med företrädare för tandvårds- och hälso- och sjukvårdsprofessionerna som i sin verksamhet möter patienter med diabetes, patienter med schizofreni och äldre patienter. Professionsföreträdarna är verksamma i de fem regioner som var aktuella i ledningsintervjuerna, det vill säga Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Dalarna och Västerbotten.

Generellt anser intervjupersonerna att samverkan är mest utvecklad mellan specialisttandvården, som ofta är lokaliserad på sjukhus, och specialistsjukvården på sjukhus. Tandvårdsprofessionerna upplever att de olika organisationerna med olika huvudmän försvårar samverkan, liksom det faktum att man arbetar i ”stuprör”. Dessa stuprör kan vara både mentala och fysiska. Samtidigt är den höga självfinansieringsgraden i tandvården ett hinder i sig som är svårt att komma runt.

## Blandad bild av hur väl samverkan fungerar hos professionerna

Bilden av hur samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård fungerar i de fem regionerna varierar betydligt beroende på vilken domän och vilket område det gäller. Intervjupersonerna är verksamma inom hälso- och sjukvård och tandvård och har befattningar där de möter äldre patienter, patienter med diabetes och psykiskt sjuka patienter. De är tandläkare, läkare, tandhygienister och sjuksköterskor.

Inom diabetesområdet upplever tandvården att samverkan med specialistmottagningarna på sjukhus fungerar bra. Till exempel inom hematologi, transplantationsmedicin, njurmedicin och infektion. I en region har tandvården läs- och skrivbehörighet i journalsystemet vilket visat sig vara en nyckel till en god samverkan med slutenvården inom sjukvården i och med att pappersremitter inte längre behöver användas.

Samverkan med primärvården varierar mer och är mer personbunden och därför efterlyser man en mer utvecklad struktur. I dag fungerar samverkan bra om till exempel en enskild sjuksköterska är medveten om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. I en region intervjuades en diabetessjuksköterska i primärvården vars arbetsplats var samlokaliserad med en folk- och tandvårdsklinik vilket underlättar samverkan. I en annan region har man ett samarbete mellan tandvården och primärvården inom diabetesvården där munhälsa integreras som en naturlig del i sjukvården.

Inom äldreområdet upplever tandvårdsprofessionerna och hälso- och sjukvårdprofessionerna att samverkan fungerar väl med specialistsjukvården på sjukhus och för äldre som bor på särskilda boenden. Däremot fungerar samverkan sämre när det gäller äldre som bor i ordinärt boende.

En tandhygienist som är verksam i uppsökande verksamhet beskriver en stor frustration över att samverkan inte fungerar eftersom det påverkar äldres munhälsa så kraftigt. Ofta kommer tandvården in alltför sent, för kunskapen och förståelsen för munhälsans betydelse upplevs som liten och svår att omsätta i praktiken. Det finns också en stor okunskap om tandvårdens verksamhet och det faktum att de äldre kan ha rätt till olika tandvårdsstöd.

Inom psykiatri och specifikt för patienter med psykossjukdomar ser man ett stort behov av samverkan eftersom patienterna ofta har eftersatt allmän hälsa och munhälsa. Intervjupersonerna från tandvården upplever också att patienterna har svårt att söka och upprätthålla kontakt med tandvården.

Personer som är intagna i psykiatrisk slutenvård eller bor i särskilda boenden får dock ofta stöd av case managers eller boendestödjare för att gå till tandvården, men det är inte säkert att patienten vill. Psykiskt sjuka omfattas

också till viss del av den uppsökande verksamhet av tandläkare och tandhygienist som är riktad till demenssjuka och personer med funktionsnedsättning men det är oklart är hur stor denna grupp är. Det finns också ett stort mörkertal för psykiskt sjuka som bor i ordinärt boende, och precis som för äldre fungerar det sämre med tandvårdskontakterna för dem. Man ser ett behov av mer information från hälso- och sjukvårdens sida om vikten av god munhälsa och hur denna kan påverkas negativt av medicinering.

Somatisk hälsa tas upp vid de årliga hälsokontrollerna i hälso- och sjukvården men det är inte i alla regionerna som tandhälsa ingår. I en region tas frågan upp vid den årliga hälsokontrollen och då efterfrågar man om patienten har kontakt med tandvården och om det behövs läkarintyg för tandvårdsstöd.

Verksamhetsområden där samverkan skulle behöva utvecklas  
Tandvårdsprofessionerna efterlyser mer samverkan med primärvården och diabetesmottagningarna, inte minst när det gäller patienter med svårinställd diabetes. Man ser också ett behov av bättre samverkan mellan allmäntandvården och hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsprofessionerna tar upp att det kan vara svårt att få till samverkan med de många privata tandläkarna.

Inom psykiatri efterlyser tandvårdsprofessionerna också mer samverkan med primärvården och med allmänpsykiatrin. Hälso- och sjukvårdsprofessionerna efterlyser mer samverkan med allmäntandvården.

Inom äldreområdet ser professionen en stor utvecklingspotential för primärvården som skulle kunna få ett rutinmässigt uppdrag att kontrollera munhälsan hos äldre och kroniskt sjuka. En region tar upp att tandvård och primärvård båda har ett hälsofrämjande perspektiv som borde göra det möjligt för dem att samverka och ta fram gemensamma insatser.

För gruppen dementa patienter vill man se ett utvecklat samarbete med hälso- och sjukvårdens minnesmottagningar. Kommunal hälso- och sjukvård skulle också behöva engageras mer i samverkan med tandvården

En knäckfråga enligt professionsföreträdarna är hur man ska nå sköra äldre i ordinärt boende. Ofta har de ett ackumulerat behov av tandvård när de väl kommer in på särskilt boende.

### *Vilka hinder och förslag till lösningar för samverkan ser professionen?*

Ett generellt hinder för samverkan som professionerna i de tre områdena tar upp är att tandvård och hälso- och sjukvård är två organisationer med delvis olika huvudmän som arbetar i ”stuprör”. Dessa stuprör kan vara både mentala och fysiska. De två separata systemen är ett hinder eftersom de har olika styrning och finansiering. Samtidigt som de har vattentäta skott mellan sig ansvarar de till stor del för samma patienter.

Professionsföreträdarna menar att lagstiftning, förordningar och föreskrifter tydligare bör beskriva ansvaret för samverkan eftersom dagens verklighet påverkas av att tandvård och hälso- och sjukvård är två olika system.

Samtidigt saknas en fungerande struktur för samverkan till stor del vilket leder till att fungerande samverkan till stor del är beroende av enskilda eldsjälar. På äldreområdet tar tandvårdsprofessionen bland annat upp att bristen på struktur leder till att det saknas tydliga kontaktvägar, och att personalen helt enkelt inte vet vart man ska vända sig när en patient visar sig behöva

vård från den andra domänen. Det saknas en helhetssyn på den äldre patienten som leder till onödigt eller förlängt lidande för gruppen. Det faktum att journalsystemen inte är kompatibla är också ett stort hinder för samverkan som bland annat leder till att remisser till stor del skickas i pappersform.

Vidare finns brister i kontakten med den kommunala hälso- och sjukvården när det gäller den uppsökande verksamheten vilket beror på bristande kunskaper och brist på tid, särskilt för de äldre som bor i ordinärt boende. Vidare tar man upp att samverkan med primärvården försvåras av att den är hårt belastad vilket bland annat gör att munhälsa inte tas upp på ett strukturerat sätt. En region tar också upp att den privata tandvården kan ha sämre förutsättningar att leverera stöd och samverkan till hälso- och sjukvården.

Tandvårdens och hälso- och sjukvårdens professioner inom alla tre områdena upplever att det finns brister i sjukvårdens kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa vilket gör att patienter riskerar att falla mellan stolarna. De stora variationerna i kunskap leder till att fungerande samverkan är personbunden. Samtidigt upplever man att det är svårt att få till utbildningsinsatser för att öka kunskaperna inom området.

Tandvårdsprofessionerna tar upp behovet av ökad kunskap om problematiken, framförallt inom sjukvården. Personal inom framförallt hälso- och sjukvården behöver fortbildning och information om kopplingen allmän hälsa och munhälsa, till exempel om hur medicinering kan leda till muntorrhet vilket inte minst är aktuellt för psykiskt sjuka och äldre. Utbildning är nyckeln till att personal inom hälso- och sjukvården ska bli mer uppdaterade när det gäller kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

I en region har det akademiska äldrecentret ett omfattande utbildningsutbud som riktar till hälso- och sjukvården som även inkluderar privat hälso- och sjukvård och tandvård. Man har bland annat drivit projektet Ronda med ROAG (bedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide) i vilket man utbildat undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Fokus på bedömningsinstrumentet ROAG har gjort mycket för att sätta fokus på munhälsan hos äldre.

På äldreområdet är professionens erfarenhet att bristen på kunskap gör samverkan tungrodd eftersom munhälsan lätt hamnar utanför. Samverkan kräver tid och engagemang vilket kan vara svårt att uppbåda när det råder brist på personal och tid. Det saknas också ofta rutiner för att ta upp munhälsa på ett strukturerat sätt. Till exempel ser man ett behov av att sjukvården måste bli bättre på att informera om vikten av en god munhälsa och av den påverkan som olika läkemedel kan ha på t ex salivsekretionen.

För gruppen äldre är de olika tandvårdsstöden och hur de fungerar en viktig faktor. Man behöver förtydliga och förenkla hela systemet och göra det mer likvärdigt över landet via utbildningar och tydligare instruktioner. Detta gäller inte minst för de äldre som bor i ordinärt boende.

Från professionerna inom diabetesområdet påpekar man att allmäntandvårdens folkhälsoförebyggande möjligheter inte utnyttjas på ett effektivt sätt. Brister i kontinuitet på läkarsidan är också ett hinder för samverkan liksom olika bedömningar vad gäller de olika tandvårdsstöden.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer behöver ha ett tydligare fokus på multidisciplinärt samarbete som kommer bort från nuvarande ämnesgränser, och

det är viktigt att klargöra att behandlingar är komplexa och kräver ett samlat omhändertagande. Vidare behöver lokala riktlinjer och styrdokument tas fram, och i detta sammanhang är det viktigt att tandvården är närvarande. Styrdokumentet ska vara gemensamma och tydliggöra varje verksamhetsområdes ansvar. Tandvården och tandvårdens perspektiv bör vara närvarande när samordnande dokument, riktlinjer och vårdprogram ska revideras eller tas fram.

De nationella riktlinjerna för diabetes från 2015 ger ansvaret till patienten och tandvården när det gäller tandhälsan vid diabetes. Man föreslår att sjukvården istället får ett större ansvar att koppla in tandvård vid behov. Med ett remissförfarande istället för bara rekommendation skulle samverkan underlättas och fler patienter skulle kunna få vård efter behov på lika villkor.

Inom diabetesområdet pekar professionsföreträdarna inom sjukvården i en region på screening för diabetes som ett sätt där tandvården skulle kunna bli mer involverade i utredning och behandling. I region Stockholm pågår ett sådant screeningprojekt inom folktandvården, och patienter som bedöms löpa risk att drabbas av diabetes remitteras vidare till hälso- och sjukvården.

Från psykiatriens sida tar man även upp att ekonomin är ett stort hinder. Många i patientgruppen har rätt till något av tandvårdsstöden men kan ha svårt att själva ta initiativ till att få dem och då behöver tandvårdspersonal ofta hjälpa dem. På grund av patientgruppens komplexitet krävs en omfattande stödapparat som kanske inte fungerar optimalt i dagsläget. Med olika huvudmän arbetar man vidare i olika kulturer och i olika uppdrag där olika betalansvar leder till att till exempel kommunerna inte ser munnen som en del av uppdraget.

De nationella riktlinjerna för schizofreni bör ändras så att oral hälsa blir en del av vårdplaneringen. I en region har tandvården tagit fram en samtalsguide så man inte tappar kontakten med sköra äldre, denna skulle kunna vidareutvecklas så att den går att använda även i psykiatri enligt intervjupersonen.

Även professionerna inom diabetes tar upp tandvårdsstöden och att villkoren för att patienter med svårinställd diabetes ska få särskilt tandvårdsbidrag (STB) inte är enligt dagens praxis. Det gör att patienter med svårinställd diabetes inte kommer i fråga för bidraget.

På den organisatoriska nivån ser man att geografisk närhet och samlokalisering kan underlätta samverkan, liksom gemensamma vårdkonferenser kring enskilda patienter. Teamträffar förekommer oftast i verksamheterna och då skulle en tandhygienist vara en resurs. Vidare behöver kontaktvägarna mellan sjukvården och tandvården vara enkla så att den goda viljan inte faller på att det är svårt att få tag i rätt person. Eventuellt behövs särskilda tjänster som samordnare eller koordinator på läns eller kommunnivå, och den personens kontaktuppgifter behöver finnas lätt tillgängliga, t ex på 1177 Vårdguiden. Samverkan behöver byggas in i strukturen så att den inte är personberoende vilket ofta är fallet idag.

Ledningen har en viktig roll att spela när det gäller att förbättra samverkan. Det behövs en engagerad ledning som prioriterar samverkan och ger stöd till ett mer strukturerat arbete som inte är så personberoende. Det är viktigt att ledningen tydligt styr mot en bättre samverkan där patienten är i fokus, samt

att det finns tydliga regler, rutiner och riktlinjer för samverkan. Särskilt viktigt är det att ledningen inom hälso- och sjukvården tar initiativ till förbättrad samverkan, och visar att det är ett prioriterat fält.

#### Professionerna positiva till samordnande funktion

Professionsföreträdarna för båda domänerna är i huvudsak positiva till en samordnande funktion som har ansvaret för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Idag finns funktionen fast vårdkontakt inom hälso- och sjukvården och man var positiv till idén att inkludera tandvård i de verksamheter som den fasta vårdkontakten ska arbeta emot.

Företrädarna har dock lite olika idéer om var denna bäst vore placerad. Ett par tycker att primärvården är den naturliga platsen för den samordnande funktionen för då skulle samverkan bli mer tillgänglig och jämlik för de som inte är samlokaliserade. Inom diabetesvården är oftast sjuksköterskan den som har patientkontakten och därför vore det kanske logiskt att den samordnade rollen lades där.

Från psykiatrins sida anser man dock att den samordnande funktionen för patienter inom psykiatrisk vård borde ligga inom psykiatrins verksamhet. Det finns redan nu en stödstruktur i form av case manager som skulle kunna inkludera tandvård och munhälsa i sitt befintliga uppdrag.

Äldreprofessionerna ser värdet av en koordinator som kan ta den roll som många anhöriga nu har tagit på sig. Man ser nya folkhälsofunktioner med samordningsansvar för äldre som en länk mellan tandvård och hälso- och sjukvård. I en region framhåller man att kommunen skulle kunna ta en samordnande roll i och med att många äldre redan har kontakt med kommunens socialtjänst.

#### E-tjänster ett viktigt utvecklingsområde

Det finns ett stort intresse för att utveckla e-tjänster, inte minst för läkemedel och remisser. Bland annat efterfrågas kompatibla journalsystem av både tandvården och hälso- och sjukvården. I en region är man dock lite mer avvaktande till sammankopplade e-tjänster eftersom man upplever att tandvården och hälso- och sjukvården registrerar så olika saker.

Sammanhållen journalföring och e-remiss skulle kunna lösa en stor del av dagens samverkansproblem. Enligt intervjupersonerna. Det vore också positivt om tandvården kunde inkluderas i Nationell patientöversikt (NPÖ) och 1177 Vårdguiden så att man åtminstone hade läsbehörighet. Från psykiatrins sida är man något mer avvaktande eftersom en del information kan vara känslig. Om information kan begränsas på ett lämpligt sätt har dock utvecklade e-tjänster en stor potential jämfört med dagens system, inte minst vad gäller remisskrivning.

#### Samverkan ur jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv

Samverkan ska helst fungera likvärdigt för alla oberoende av individens förutsättningar. Intervjupersonerna tar i detta sammanhang upp hur skillnader i kompetensförsörjningen kan vara ett problem för att få till fungerande samverkan, med ojämlik vård som följd. Brist på personal kan också leda till ojämlika förhållanden, både inom en region och mellan olika delar av landet. Sjukvården i en region tar upp att det råder personalbrist i både tandvården

och hälso- och sjukvården, framförallt på glesbygden, vilket påverkar möjligheten att samverka.

I en region upplever man i stället att samverkan kan fungera bättre på glesbygden eftersom personalen har bättre personkännedom där. I större städer är den personliga kontakten med patienterna inte lika god, samtidigt som problem med exempelvis hemlöshet och missbruk är större i städerna. Samtidigt gör den ovan nämnda personalbristen samverkan svårare på glesbygden även om man försöker använda digitala hjälpmedel som till exempel Skype.

Från sjukvårdens sida ser man vidare att diabetes och annan ohälsa är mer förekommande i socioekonomiskt utsatta områden vilket ställer större krav på samverkan där.

För att försöka säkerställa likvärdig samverkan kan man ta fram gemensamma vårdprogram för att nå alla grupper. Man skulle också kunna arbeta med prioriteringsordning så att de med störst behov erbjuds vård först. Här finns dock en fara för att patienter med diabetes prioriteras ner. Likvärdigheten i samverkan skulle kunna följas upp i kvalitetsregistren om dessa utvecklades och även inkluderade munhälsovariabler.

### *Avslutande kommentarer*

Professionsföreträdarna gav också sammanfattande kommentarer om hur samverkan skulle kunna förbättras. De tog bland annat upp att det behövs skapas tydliga rutiner så att samverkan inte är beroende av enskilda eldsjälar. Mycket av dagens samverkan genomförs dessutom i projektform vilket enligt företrädarna fungerar bra, men för att få bestående förändringar behöver mer etablerade och långsiktiga samarbeten tas fram.

Man måste börja se tandvården som en folkhälsoresurs där till exempel screening för diabetes och andra typer av folkhälsoinsatser är ett naturligt inslag. Samtidigt är den höga självfinansieringsgraden i tandvården ett hinder som är svårt att komma runt. För diabetesvårdens del önskar man därför justeringar i villkoren för STB eftersom man upplever att det nuvarande regelverket är föråldrat.

Det anses också vara viktigt att få till en god kvalitetsuppföljning. Diabetesvården har indikatorer och det vore bra med ett gemensamt system så att det går att följa upp och rapportera det tandvården gör. Kvalitetsregistret SkaPa anses vara bra men omfattar inte specialisttandvård i dagsläget. Vidare lyfter företrädarna fram att det är viktigt att se munnen som en del av kroppen, och försöka få bort dagens stuprör och kulturskillnader. Detta är ett förändringsarbete som kommer att ta tid att genomföra.

På äldreområdet föreslår en region att de olika ämnesområdena inom sjukvård och tandvård bör integreras. Man tänker sig att äldreområdet skulle kunna vara ett särskilt område på grund av sin komplexitet. Vård och omvårdnad ska vidare kännetecknas av en holistisk människosyn.

Professionen inom såväl äldre som psykiatri ser ett behov att förenkla de nuvarande betalsystemen och hur de olika tandvårdsstöden fungerar. De upplevs ofta som krångliga vilket gör att många inte bryr sig om att sätta sig in i dem. Detta kan leda till att patienterna riskerar att bli utan tandvårdsstöden och att samverkan fallerar. Man ser också ett behov att tandläkare men framförallt tandhygienister får en större roll inom sjukvården eftersom de har en



nyckelroll när det gäller att se till att samverkan fungerar. Ett konkret förslag från en region är att sjukhustandläkarna anställs av hälso- och sjukvården eftersom de har så nära samverkan med dem redan nu.

De växande problemen med kompetensförsörjning måste också adresseras från centralt håll. Ett förslag från intervjupersonerna är att öka den nationella antagningen till tandläkarprogrammen samt eventuellt också inkludera tandhygienistutbildningarna i det nationella antagningssystemet så att det finns tillräckliga resurser att arbeta på det förebyggande sätt som nu är i fokus.

## Patienters syn på samverkan

Socialstyrelsen har intervjuat företrädare för Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Riksförbundet för pensionärsgemenskap (RPG), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Demensförbundet, Diabetesförbundet och Schizofreniförbundet för att undersöka vilka erfarenheter av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård deras medlemmar har. Myndigheten redovisar i detta avsnitt organisationsföreträdarnas erfarenheter och åsikter i utan att göra några bedömningar.

De tre aktuella patientgrupperna; patienter med diabetes, patienter med schizofreni och äldre patienter, har alla ett stort behov av en väl fungerande samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård beroende på att de ofta har hälsoproblem som berör båda domänerna. Samtidigt identifierar intresseorganisationerna de två separata systemen som det största problemet för samverkan. De skilda finansieringssystemen ses också som ett hinder för en fungerande samverkan.

## Fungerande samverkan nödvändig för de aktuella patientgrupperna

### *Hur fungerar samverkan idag och hur borde den fungera?*

Enligt pensionärsorganisationerna upplever många äldre att det är ett generellt problem att tandvård och hälso- och sjukvård är två olika system med olika finansiering. Organisationerna upplever att äldre i särskilda boenden generellt har bättre kontakt med hälso- och sjukvården och tandvården än äldre i ordinärt boende.

En fungerande samverkan är särskilt viktigt för gruppen dementa. De riskerar att tappa sin vårdkontakt när de blir sjukare. Precis som för äldre generellt fungerar det bättre för dementa i särskilt boende enligt intresseorganisationerna, i och med att de då är aktuella för insatser på ett annat sätt. Från Diabetesförbundet framförs att dagens stöd inte räcker till för de tandvårdsbehov som patienterna har.

Från Schizofreniförbundet framförs att det brister i samverkan mellan specialistvården och primärvården. De upplevs ha dåliga förutsättningar vad gäller kunskaper om den allmänna hälsans betydelse för munhälsan. Tandvårdsstöden anges också vara ett område där kunskaperna brister, vilket uppfattas bidra till att samverkan inte fungerar. Svårigheter med bristande läkarkontinuitet är ett annat problem, som är mest uttalat inom primärvården.

Man ser också att det är stora variationer över landet i hur tandvårdsstödet ges vilket kan leda till ojämlikhet. Många psykiskt sjuka har större funktionsnedsättningar som påverkar förmågan att söka vård och att orientera sig i vårdsystemen. Systembrister drabbar därmed dem med större funktionsnedsättning i högre grad än andra.

I dagsläget har det för stor betydelse var i vården patienten först söker sig enligt intresseorganisationerna. Om patienten går till sjukvården med sina besvär kan denne få vård i hälso- och sjukvårdens system, men om patienten istället går till tandvården med samma besvär kan patienten få stå för en stor del av kostnaden själv. Man upplever att det finns en sorts slumpmässighet i systemet, där en och samma åtgärd kan kosta olika mycket beroende på vilken domän som utför den.

Förebyggande vård och rehabilitering behöver också fungera bättre och vara mer i fokus enligt organisationerna. Till exempel när det gäller screening för andra sjukdomar såsom osteoporos, diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Enligt organisationerna brister det också i kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Från Diabetesförbundet framförs att det finns ett behov av förbättrad samverkan i de särskilda diabetesverksamheterna i sjukvården där tandvårdspersonal ofta inte är involverad.

Primärvård och allmän tandvård är de mest förekommande verksamheterna som de aktuella patientgrupperna träffar. Kommunens vård och omsorg, primärvården och geriatriken är de verksamheter inom vård och omsorg som främst är aktuella för äldre patienter. Inom tandvård gäller det i hög grad allmän tandvård. När en dement patient får omsorgsinsatser är det uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, samt specialiserad äldretandvård som kommer in. Framförallt den sistnämnda typen av verksamhet har goda kunskaper om behovet av samverkan enligt intresseorganisationerna.

För patienter med diabetes varierar det vilken verksamhet de har kontakt med beroende på vilken typ av diabetes det gäller. Patienter med typ 2 har i huvudsak kontakt med vårdcentraler och primärvård. För patienter med diabetes typ 1 är det främst specialistvården som är aktuell.

Patienter med schizofreni har i huvudsak kontakt med öppenvården inom psykiatri. I slutenvården undersöks patienterna när de läggs in, inklusive somatiskt status. Munhälsan undersöks dock sällan i samband med detta. Majoriteten av patienterna befinner sig i öppenvården varför man föreslår att den psykiatriska öppenvården borde fungera som ett nav för samverkan.

Munhälsa tas upp i varierande grad i hälso- och sjukvården. Sjukvården anses generellt sett vara dålig på att ta upp hur munhälsa och allmän hälsa interagerar, till exempel att läkemedel kan ge muntorrhet vilket kan påverka munhälsan negativt.

Detta fungerar dock ganska bra inom specialistsjukvården, till exempel inom geriatrik där man är medveten om problematiken och kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Där ingår munhälsa i anamnesen. Psykiatriker anses också vara bra på att ta upp munhälsoproblematik eftersom till exempel antidepressiv behandling ger muntorrhet. Man efterfrågar dock mer utvecklade rutiner från intresseorganisationernas sida för att säkerställa

denna typ av information. Den kommunala hälso- och sjukvården har också en viktig roll eftersom det i första hand är den som äldre kommer i kontakt med.

Diabetesförbundets menar att dietisterna är bra på att informera om munhälsan och dess betydelse. Tyvärr uppfattar man att det råder brist på dietister och att de dietister som finns huvudsakligen arbetar i primärvården. Schizofreniförbundet upplever inte att hälso- och sjukvården är särskilt bra på att ta upp munhälsan och dess betydelse.

### *Vilka hinder och lösningar för samverkan finns det enligt intresseorganisationerna?*

Enligt intresseorganisationerna beror samverkansproblemen ofta på brist på kunskap om systemen och tandvårdsstöden, brist på kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa samt stuprörstänkande mellan verksamheterna. Sjukvården upplevs generellt ha sämre kunskap om tandvårdsstöden och ofta vet inte professionen hur de fungerar. Olika regi är också något som försvårar samverkan. Detta är ett strukturproblem som måste åtgärdas, t ex genom att rigga ett system för att kalla patienter till tandvården.

I nuläget är det väldigt personberoende om samverkan fungerar på ett bra sätt enligt organisationerna. Intresseorganisationerna uppfattar att det är stora skillnader över landet hur väl samverkan fungerar på grund av bristen på struktur. Brister i kontakten mellan de båda systemen, framförallt från sjukvårdens sida, är ett hinder för samverkan. Det handlar främst om brister i kontaktytorna mellan vårdcentralen och tandvården.

Från Schizofreniförbundets sida upplever man att hälso- och sjukvården har för lite kunskap om tandvårdsstöden och man upplever att administrationen är krånglig och intygsskrivandet svårt. Tillgången till somatisk vård är vidare ojämlig för psykiskt sjuka vilket anses bero på brist på samverkan mellan primärvård och specialistvård. Det problemet beror i sin tur på att det är två olika organisationer och ersättningssystem i tandvården och hälso- och sjukvården vilket leder till svårigheter.

Organisationerna ser ett behov av att utveckla befintliga strukturer för samverkan så att samverkan inte är personbunden, till exempel fast vårdkontakt. Primärvården ses som den viktigaste instansen som behöver vara involverad på ett tydligare sätt, särskilt om man betänker hur omhändertagandet av äldre bör fungera i framtiden då primärvården ska vara den sammanhållande kraften. Därför måste samverkan mellan primärvård och tandvård förbättras så att munhälsa är integrerat i primärvården. För multisjuka äldre behöver tandvård, akutsjukvård och vanlig sjukvård jobba tillsammans.

Tandhygienistens roll ses som avgörande för att äldre ska bibehålla munhälsan. Tandvården måste också få en naturlig plats i de samverkansforum som finns i hälso- och sjukvården. Vidare vill man gärna se samlokalisering av verksamhet, till exempel vårdcentral och tandvårdsklinik, för att förbättra samverkan.

Från Diabetesförbundet efterlyser man en samordnande funktion på regionnivå. Schizofreniförbundet är också positiva till en samordnande funktion men anser att det för gruppen psykiskt sjuka vore bättre om denna funktion finns inom den psykiatriska öppenvården. Pensionärsorganisationerna ser

också en samverkansfunktion som en god idé men man vill i första hand att samverkan fungerar i den ordinarie verksamheten, utan några speciallösningar.

Det finns ett projekt med tandhygienist i kommun (TAIK) i Västra Götaland som gör att munhälsa uppmärksammas naturligt på ett bättre sätt. PRO föreslår också att tandhygienister bör anställas i kommunen. Samverkan skulle också kunna förbättras om tandvårdspersonal involverades i de team som finns organiserade i sjukvården, till exempel i teamen för diabetes och demens. Här ser organisationerna en stor utvecklingspotential.

Demensförbundet ser ett behov av utökad samverkan med geriatriken och från RPG vill man ha ett ökat engagemang från regionerna så att det fungerar likvärdigt över landet.

Man behöver skapa ett system där patientens kontakt med vård och tandvård upprätthålls, och det kanske behöver inrättas en funktion för att se till att patienter verkligen dyker upp. Till exempel att äldre patienter kallas till tandvården. Man tycker också att remisshanteringen borde ordnas så att den sker inom sjukvårdens system vilket skulle leda till minskade kostnader för patienten.

Intresseorganisationerna uppfattar också att brister i informationsöverföring när det gäller läkemedel och deras påverkan på allmän hälsa och munhälsa är ett hinder för samverkan. Detta gäller äldre patienter, patienter med demens och patienter med schizofreni. Tandvården måste därför bli mer involverad i vården enligt intresseorganisationerna, framförallt i ordinärt boende. Detta gäller inte minst patienter med demens.

Professionen behöver fortbildning om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Man vill också kopplingen munhälsa och allmän hälsa inkluderas i grundutbildningarna och att de blir en obligatorisk del av utbildningen.

Kunskapen i professionen, framförallt på hälso- och sjukvårdssidan, om tandvårdsstöden och hur de fungerar behöver också förbättras enligt organisationerna. Man behöver strukturera och förenkla arbetet runt stöden med tydliga rutiner. De skillnader i vårdprogram och styrdokument som finns i regionerna måste ensas.

Sjuksköterskor och kuratorer skulle enligt Schizofreniförbundet kunna hjälpa till med att skriva intyg för att avlasta läkarna. För att förenkla och göra systemet mer likvärdigt över landet skulle det också vara bra med enklare regelverk för stöden så att diagnosen är tillräcklig för att patienten ska ha rätt till tandvårdsstöd.

Utvecklade e-tjänster viktigt för att förbättra samverkan  
Sammankopplad journal och information om läkemedelsförskrivning ses som viktiga delar för att förbättra samverkan enligt organisationerna. Idag får man dålig hjälp när det gäller informationsöverföring och företrädarna vill se mer automatik i systemet och bättre beslutsstöd. Uppmärksamhetsinformationen skulle också behöva också utvecklas vad gäller till exempel demens, urinvägsinfektioner och läkemedel. Dementa är ofta multisjuka med olika kroniska åkommor och här finns ett stort behov av informationsöverföring. Diabetesförbundet ser det också som viktigt att tandvård och hälso- och sjukvård har kompatibla journalsystem.

Enligt Schizofreniförbundet finns stora fördelar med sammanhållen journal men att det inte är okontroversiellt. Traditionellt har förbunden varit restriktiva till att dela information om diagnoser eftersom de kan medföra stigma för patienterna. Det är därför viktigt att rigga systemen så att de endast visar den information som är nödvändig för vårdgivaren i den aktuella situationen.

### *Hur kan tandvårdspersonal bidra till utredning och omhändertagande av patienterna på ett bättre sätt?*

Om tandvården inte på egen hand kan erbjuda de åtgärder en patient behöver så anser organisationerna att de ändå har ansvar för att lyfta ärendet vidare till andra delar av vården. Pensionärsorganisationerna anser att det är orimligt att bara släppa en person och att patienterna sedan själva ska kunna navigera i systemet. Det borde därför finnas ett tydligare ansvar för att remittera patienter vidare när det behövs. Enligt organisationerna behövs också mer förebyggande och rehabiliterande arbete. Ett sätt att uppmärksamma munhälsa på ett bättre sätt kan vara samlokalisering med någon hälso- och sjukvårdsverksamhet.

En pensionärsorganisation anser att tandvården gör mycket redan nu. De informerar till exempel de äldre om att de har Parkinsons sjukdom eller påpekar att något ser konstigt ut i munnen och att en läkare behöver titta på det.

Diabetesförbundet framhåller vikten av att tandvården fångar upp diabetespatienterna och ser till att de får nödvändig vård. Tandvårdspersonal behöver därför integreras i diabetesteamet på ett bättre sätt.

På samma sätt lyfter Schizofreniförbundet att tandvården har en viktig roll när det gäller att adressera psykiskt sjukas ofta sämre allmänna hälsa genom sitt hälsofrämjande uppdrag, till exempel i det tobaksförebyggande arbetet.

Blandad bild av tandvårdens och hälso- och sjukvårdens arbete med att identifiera riskfaktorer för den allmänna hälsan/munhälsan. Organisationerna har olika syn på hur väl hälso- och sjukvården och tandvården arbetar med att identifiera riskfaktorer för allmän hälsa och munhälsa. En av pensionärsorganisationerna tar upp den bristande samordningen i sjukvården och att man till exempel inte har koll på hela läkemedelslistan. Organisationen uppfattar också att det finns en ovilja att ifrågasätta en annan läkares läkemedelsordinationer. Viss information om rökning, alkoholvanor och kost förekommer men man anser att denna typ av information kan förbättras.

SPF anser att det fungerar bra inom specialistvården, t ex inom geriatriken. Däremot fungerar det sämre när en patient kommer in akut, för då blir det ofta fokus på den omedelbara åkomman och andra aspekter glöms bort. Detta kan leda till för tidig utskrivning och risk för återinskrivning. Onkologer, reumatologer och geriatriker anses kunna mycket om mun och munhälsa medan andra specialiteter kan ha varierande kunskap om munhälsa och dess koppling till allmän hälsa.

Det gäller även att uppmärksamma eventuella problem i tid enligt pensionärsorganisationerna. Kroniska sjukdomar och deras påverkan på munhälsan är särskilt viktiga att uppmärksamma. Dietister anses också ha en viktig roll eftersom kost och förebyggande verksamhet är viktig för äldre. Den som har ont i munnen äter mindre vilket bland annat kan leda till undernäring med flera allvarliga hälsoproblem som följd.

Diabetesförbundet anser att tandvården är bra på att informera om vikten av god munhälsa och hur den hänger ihop med allmän hälsa. Schizofreniförbundet tar upp den årlig hälsoundersökning som ges inom specialistpsykiatri. Man anser att behov av förbättrad munhälsa skulle kunna upptäckas om munhälsan ingick i denna hälsoundersökning på ett mer strukturerat sätt. I dag är det en läkare som gör undersökningen men en del skulle kunna läggas på den sjuksköterska som är med som "case manager". Detta moment behöver inte vara alltför avancerat, utan kan till exempel innebära att man frågar när patienten senast besökte tandvården.

### *Bemötandet i vård och tandvård generellt sett bra*

Intresseorganisationerna har en blandad bild av hur bemötandet är ur jämlikhetssynpunkt. En pensionärsorganisation tar upp att bemötandet initialt är bra, men att det sedan blir sämre vad gäller att få information, överföring till andra verksamheter etc. Man ser att bristerna leder till att hela spektrumet av ohälsa ej uppmärksammas. Detta kan leda till för tidig utskrivning och risk för återinskrivning. Kliniker som inte har helhetsperspektivet uppfattas heller inte vara så bra när det gäller kunskap, bemötande och förståelse.

Enligt PRO finns det troligen stora olikheter över landet, förmodligen fungerar samverkan bättre på mindre orter. Om flera aktörer är inblandade finns det nämligen risk att samverkan blir svårare att få till. Den stora andelen privata aktörer kan alltså göra det svårare att få en fungerande samverkan.

RPG anser att bemötandet generellt sett är bra men att det i hög grad är personbundet varför utbildningarna borde satsa mer på bemötande. Tandvårdspersonal upplevs dock som mer empatiska och bättre på just bemötande.

Schizofreniförbundet tar upp att det finns ett stigma när det gäller psykiatriska diagnoser som kan påverka bemötandet negativt. Det finns också skiftande behov inom gruppen patienter med psykisk ohälsa eftersom en del kan ta hand om sin tandhälsa medan andra inte kan det. Tandvårdsstöden fungerar inte som det är tänkt för att utjämna dessa skillnader.

### *Svårt att uttala sig om likvärdighet i samverkan*

Pensionärsorganisationerna har svårt att avgöra om samverkan fungerar olika i olika delar av landet, men de vet att vården fungerar olika på grund av olika tolkningar av regelverket. Därför anser de att det är rimligt att anta det finns betydande skillnader i hur väl samverkan fungerar beroende på vilken region patienten tillhör. Orsaken är stora skillnader i struktur, kunskap och engagemang.

PRO har publicerat två rapporter om äldre och tandvård. De har ett ekonomiskt perspektiv och tar upp fasen när en äldre börjar tappa kontakten med tandvården. Den andra rapporten tar utgångspunkt i äldre med omsorgsbehov [41]. Resultaten visar att det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur många äldre som får tillgång till landstingens tandvårdsstöd. Den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården måste därför bli mer jämlik enligt PRO så att alla får den vård de har rätt till oavsett var i landet de bor. Fler äldre som kvar hemma måste få tillgång till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Diabetesförbundet tror att det är stora skillnader beroende på var man bor, till exempel att patienterna får olika mycket tid på olika ställen och att det blir skillnad i kontinuitet.

Schizofreniförbundet uppfattar att det finns skillnader mellan regionerna när det gäller kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa, kunskap om stöden samt bedömning av vilka som har rätt till tandvårdsstöden, vilket leder till orättvisa.

Bemötande och behandling skiljer sig åt beroende på vem patienten är

Pensionärsorganisationerna uppfattar att det finns skillnader i behandling och bemötande beroende på patientens kön och socioekonomi. Patienten måste fråga och ligga på för att få information om vad som gäller. Detta är något som missgynnar svaga grupper. PRO uppfattar att kvinnor får sämre behandling och de behöver dessutom ligga på hårdare för att få hjälp enligt organisationens medlemmar. Personer med utländsk bakgrund upplever också problem när det gäller att få information.

Majoriteten av personerna med demens är kvinnor så en fungerande samverkan anses ha större betydelse för kvinnor än för män. Överhuvudtaget är dementa en grupp som inte kan tala för sig själva och därför måste det finnas strukturer som fångar upp dem. Samma problematik återfinns för gruppen psykiskt sjuka. Det vill säga att patienten i dag måste ta ett stort eget ansvar för att få del av tandvård vilket kan vara svårt för psykiskt sjuka patienter.

### *Avslutande kommentarer om hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård*

Pensionärsorganisationerna framhåller att det är viktigt att se munnen som en del av kroppen. Man pekar på att många pensionärer inte riktigt kvalificerar sig för de olika tandvårdsstöden och att de är viktiga att uppmärksamma eftersom de annars lätt kan dra på sig stora hälsoproblem i "tysthet". För att öka tillgången till tandvård skulle kommunerna kunna anställa tandhygienister med särskilt ansvar för äldres munhälsa.

Tandvård och hälso- och sjukvård behöver ha ett livsperspektiv och en helhetssyn på den äldre människan som inkluderar livssituation, allmän hälsa, munhälsa, kost och motion, psykisk hälsa etc. Det innebär att samverkan mellan de båda domänerna behöver förbättras och fördjupas. Man anser också att det nuvarande tandvårdssystem behöver förenklas, inte minst eftersom även professionen kan ha svårt att förstå hur det fungerar. PRO:s huvudståndpunkt är att tandvården bör ingå i högkostnadsskyddet..

RPG framhåller att medlemmarna i det stora hela är nöjda med den vård de får men att kopplingen mellan domänerna inte fungerar så bra för personer i ordinärt boende. Till exempel missas ofta att undernäring kan bero på dålig munhälsa. Hemsjukvården borde därför bli bättre på att fånga upp kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

SPF efterlyser mer fokus på förebyggande verksamhet och rehabilitering och Diabetesförbundet framhåller att det särskilda tandvårdsbidraget (STB) för svårinställd diabetes är otillräckligt. Tandvård bör i stället ingå i högkostnadsskyddet för dem som har behov av det.

# Socialstyrelsens analys och förbättringsförslag

## Hinder för samverkan

Det är myndighetens bedömning att de stora hindren för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård bottnar i en lång tradition av två separata system med olika kulturer, finansiering, ledning och styrning. Munhälsa respektive allmän hälsa behandlas i åtskilda organisatoriska system med olika lagrum. Systemskillnaderna avspeglas bland annat i hur vården organiseras som offentlig respektive privat vård, liksom i olika finansieringsmodeller, där tandvårdens insatser till stor del betalas av patienten själv. Med dessa system- och kulturskillnader följer inte samverkan mellan de båda domänerna naturligt, varför kraven på samverkan blir stora på respektive verksamhet och behovet av fungerande system och strukturer blir centrala.

Socialstyrelsen gör samtidigt bedömningen att kunskaperna om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa har ökat på senare tid, och att ett ökat fokus på gemensamma riskfaktorer för allmän hälsa och munhälsa har medfört att flera initiativ har tagits för en bättre samverkan. Myndigheten konstaterar också att de juridiska förutsättningarna finns för samverkan mellan domänerna.

Myndigheten drar dock också slutsatsen att brister i förutsättningarna för en ändamålsenlig samverkan kvarstår, och att tydligare nationell styrning mot samverkan mellan domänerna är en förutsättning för att åtgärda bristerna. De övergripande hinder som myndigheten identifierar beskrivs och utvecklas nedan:

- Tandvård och hälso- och sjukvård är separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning.
- Tandvården integreras inte i befintliga och pågående processer för att skapa patientnytta
- Strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning.
- System för journalföring och e-tjänster är åtskilda.
- Kunskapen brister, och utbildningsmoment saknas, om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Tandvård och hälso- och sjukvård är separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning.

Tandvård och hälso- och sjukvård i regionerna är ofta organiserade i två olika förvaltningar eller enheter, och det skiljer sig åt mellan dem när det gäller hur olika ledningsgrupper är uppbyggda.



Samverkan inom det egna systemet prioriteras i första hand och i de olika nätverk och samverkansforum som finns inom hälso- och sjukvården är tandvården ofta inte representerad. Merparten av vuxentandvården bedrivs dessutom inom den privata sektorn, helt utan organisatorisk anknytning till övrig hälso- och sjukvård.

Det förhållandet att patienterna i tandvården betalar en stor del av vården själva medan patienter i hälso- och sjukvården betalar hälso- och sjukvårdsavgift riskerar att leda till att hälso- och sjukvården kan tveka att remittera patienter till tandvården, liksom att patienter väljer att avstå tandvård. Detta lyfts även i utredningen *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76).

En okunskap om hur andra professioner, verksamheter och enheter arbetar och är organiserade är också något som kan ha en negativ inverkan på samverkan. Den egna organisationen är i fokus snarare än patienten. Man ser inte hur samverkan kan vara positiv för den egna verksamheten.

## Tandvården integreras inte i befintliga och pågående processer för att skapa patientnytta genom samverkan

Direktiven för utredningar och regeringsuppdrag på tandvårdens och hälso- och sjukvårdens område avgränsas vanligen till respektive domän vilket bibehåller uppdelningen mellan domänerna. Att tandvården inte omfattas när direktiv tas fram är därmed ett hinder för samverkan. Exempel på sådana uppdrag är regeringens uppdrag till SKL 2017 att utveckla patientkontrakt, vilket är en sammanhållen plan över planerade vårdinsatser som ska skapa trygghet för patienten. Hälso- och sjukvården ska bistå patienten med att samordna sina vårdkontakter, men tandvården ingick inte i detta arbete [10]. Ett annat exempel är utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* (S2017:01). Utredningens delbetänkande *God och nära vård. Vård i samverkan* (SOU 2019:29) konstaterar att primärvården har en viktig roll att spela i det sjukdomsförebyggande arbetet. Primärvård och tandvård arbetar mot samma mål i det förebyggande arbetet för att främja hälsosamma levnadsvanor. Riskfaktorerna för allmän hälsa och munhälsa är till stor del desamma och en stor del av befolkningen besöker tandvården regelbundet. Trots detta omfattas inte tandvården av utredningens uppdrag.

## Strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det i hög utsträckning saknas en struktur för samverkan mellan de båda domänerna. I intervjuerna med intresseorganisationerna och med professionsföreträdarna framkommer att fungerande samverkan mellan domänerna ofta är personberoende och att samverkan fungerar så länge det finns personer i verksamheterna som aktivt arbetar för att förbättra samverkan. Frånvaron av en struktur för samverkan är enligt Socialstyrelsens bedömning ett hinder i och med att samverkan riskerar att sluta fungera om och när eldsjälén försvinner.

Frånvaron av struktur leder också till oklarheter när det gäller vem som har ansvaret för att initiera samverkan. Intresseorganisationerna noterar att

mycket ansvar läggs på den enskilde patienten vilket särskilt missgynnar äldre och sjuka som har svårt att föra sin egen talan.

Det saknas vidare tydliga kontaktvägar mellan domänerna vilket leder till att professionen ofta inte vet var de ska vända sig när en patient visar sig ha behov av vård från den andra domänen. Detta gäller till exempel äldreområdet där professionen noterar att det saknas tydliga kontaktvägar från hälso- och sjukvården till tandvården, och att det brister i kunskapen kring hur kontakten med tandvården ska ske. Det behövs en helhetssyn på den äldre patienten som saknas idag och som anses leda till onödigt eller förlängt lidande för gruppen.

## Systemen för journalföring och e-tjänster är åtskilda

Ett allvarligt hinder för samverkan som bland annat lyfts av regionerna och av Praktikertjänst är de skilda journalsystemen. Som Socialstyrelsen konstaterar genom den juridiska genomgången finns det dock inga hinder för att avtala om sammanhållen journalföring, utan det rör sig mer om praktiska problem och behörighetsfrågor.

Förutom journalföring brister det även när det gäller andra typer av informationsöverföring mellan domänerna. Till exempel när det gäller e-tjänster som e-remisser och läkemedelsförskrivning. På läkemedelsområdet pågår dock ett arbete på E-hälsomyndigheten med att ta fram den nationella läkemedelslistan som kommer att lösa många av problemen med överföring av läkemedelsinformation.

En variant av sammanhållen journalföring är Nationell patientöversikt, och ett sätt att förbättra informationsöverföringen kan vara att tandvården ansluter sig till Nationell patientöversikt (NPÖ) fullt ut, men det arbetet är fortfarande under uppstart i regionerna. En begränsning med NPÖ är också att det är få kommuner som är anslutna, och de kommuner som är anslutna har valt att inte lägga upp egen information utan har endast läsbarhet. Detta gör att journaluppgifter från den kommunala hälso- och sjukvården inte är tillgängliga i NPÖ vilket begränsar användbarheten. NPÖ har dock potential att förbättra samverkan under förutsättning att det utvecklas och används av fler vårdgivare.

Ett hinder i detta sammanhang är att journalsystemen behöver anpassas för att fylla syften och behov hos olika verksamheter och i olika situationer. För privattandläkare, och särskilt för mindre verksamheter, kan det vara förenat med stora kostnader, både för att anskaffa ett nytt journalsystem och för att koppla upp det mot NPÖ för att ta del av nödvändig information om patienter.

## Kunskapen brister och utbildningsmoment saknas

### om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa

Brister i kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är en faktor som kan påverka hur väl patienten blir omhändertagen i tandvården och hälso- och sjukvården. I samtliga datainsamlingar i uppdraget framkommer uppfattningen att kunskapsbrist är ett hinder för samverkan och att mer forskning inom området behövs.

Kunskapsbrister avseende kopplingen mellan allmänhälsa och munhälsa kan leda till att patienter inte får adekvat vård i tid och att ansvar för koordinering och samordning läggs på den enskilde patienten.

Socialstyrelsens kartläggning visar att moment som behandlar kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa är betydligt ovanligare inom utbildningarna till läkare, sjuksköterska och logoped. När denna typ av moment förekommer ingår de ofta i kurser inom något annat område, t.ex. utbildning om diabetes. Dessa moment är dessutom frivilliga i hög grad inom utbildningarna på hälso- och sjukvårdsområdet.

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.

Socialstyrelsens kartläggning visar också att det är ovanligare inom hälso- och sjukvården med kompetensutveckling för att öka personalens kunskaper om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa jämfört med tandvården. Det innebär att skillnaden i kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa riskerar att bestå.

### *Brister i kunskapen om de olika tandvårdsstöden*

Brister i kunskapen om de olika tandvårdsstöden är också ett hinder för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Det handlar bland annat om vilka patienter som har rätt till de olika stöden, t.ex. särskilt tandvårdsbidrag, och skrivande av läkarintyg. Hälso- och sjukvården missar ofta att informera patienterna om att de har rätt till stöd och det är det ofta oklarheter i ansvarsfördelningen, till exempel vem det är som ska informera om stöden.

Från intresseorganisationerna tar man också upp att brister i kunskapen om de olika tandvårdsstöden kan leda till att samverkan inte fungerar lika bra som den borde. Man ser också att det skiljer sig tolkningarna av regelverket för stödet vilket kan leda till skillnader i behandling. Till exempel är det stor skillnad på hur många äldre som får tillgång till landstingens tandvårdsstöd enligt en utvärdering av PRO[41]. Särskilt missgynnas äldre som bor i ordinarie boende jämfört med äldre i särskilda boenden.

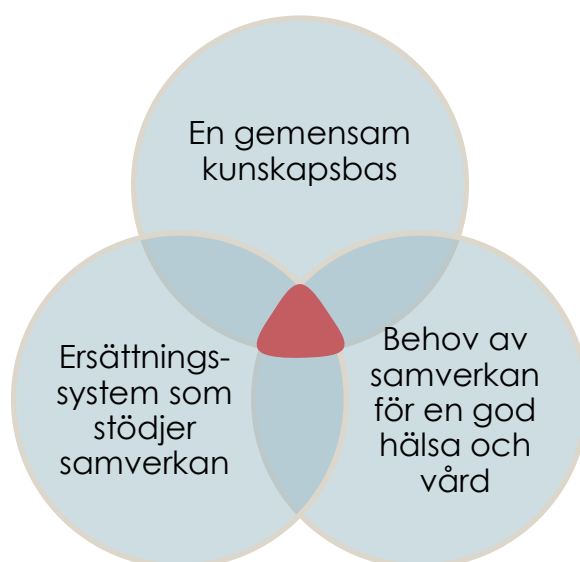
## När samverkan fungerar

Flera iakttagelser av en fungerande samverkan har påvisats under datainsamlingen. De resultat som framkommit vid enkäter till ledning och verksamheterna har utvecklats vidare i intervjuerna riktade till patientorganisationerna och professionsföreträdare i tandvården och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Tre komponenter har identifierats vid framgångsrik ömsesidig samverkan. Ofta har samverkansformer utvecklats över lång tid och byggt på ackumulerad gemensam kunskap inom vedertagna verksamhetsområden. Den första väsentliga komponenten är således en samsyn med en gemensam kunskapsbas. Den andra komponenten sätter fokus på patientens behov av samverkan för att underlätta vårdprocessen eller att minska risker för vårdskador. Till

sist behövs ersättningssystem som ger en hållbar och långsiktig finansiering av vård som bedrivs i samverkan (Figur 10). En ändamålsenlig samverkan kan komma till stånd när samtliga dessa tre komponenter är uppfyllda. Verksamheter med fungerande samverkan påtalar också att tillgång till gemensam journal, elektroniska remisser och system för uppföljning bidragit till samarbetet kring patienten.

**Figur 10. Förutsättningar för fungerande samverkan**



Ett exempel på fungerande samverkan som nämnts tidigare är huvud- hals-cancer där samverkan ofta är välfungerande med team som samverkar mellan domänerna. Vården centreras runt patienten och det är naturligt att tandvårdspersonal deltar vid multidisciplinära ronder. Ett tydligt fokus på munhälsa inkluderas tidigt i vårdprocessen. Samverkan med tandvården har också inkluderats i de standardiserade vårdförlopp (SVF) som utvecklats på senare tid. Finansieringsformer har också kommit på plats som är väl anpassade för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en kortare tid och ingår i de tandvårdsstöd som regleras av tandvårdsförordningen.

Munhälsan hos äldre personer som söker vård har ökat i betydelse under de senaste decennierna eftersom de flesta behåller sina tänder högt upp i ålderna. Bristar i munhälsan hos dessa äldre riskerar att leda till vårdskador som undernäring och lunginflammation. Detta behov har uppmärksammat inom geriatriken och munhälsa ses som en naturlig del i den vård som ges vid åldrandets sjukdomar. Den kommunala hälso- och sjukvården har ett stort ansvar för den vård som ges till äldre och här har samverkan med tandvården stor betydelse.

Vid intervjuerna framkom också att ledningens roll i uppföljning av riskbedömningar som utförs inom hälso- och sjukvården, med avseende på munhälsa, har varit avgörande inom många verksamheter för att lyfta vikten av samverkan med tandvården. Den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen för äldre inom socialtjänsten har också regelbunden utbildning i munhälsa för vård och omsorgspersonal. Finansieringen av tandvården följer

samma principer som för hälso- och sjukvården vilket gör att omsorgsberoende patienter inte behöver avstå tandvård av ekonomiska skäl.

Tandvården har en lång tradition av framgångsrikt preventivt arbete som väsentligen bidragit till den goda tandhälsan vi har idag i Sverige. Riskfaktorer för munhälsa och allmän hälsa är gemensamma vilket sannolikt betyder att tandvården också bidragit till en bättre hälsa i stort. Tandvårdens roll att bidra till hälsosamma levnadsvanor är något som primärvården lyfter i sina enkätsvar och ser därvid en samverkan med tandvården som ett viktigt utvecklingsområde. Vid intervjuerna med professionsföreträdare i tandvården menar man att detta är något man gärna samverkar kring. Ett framgångsrikt initiativ som inleddes redan 2006 är hur tandvården i Östergötland inkluderats i arbetet med tobaksprevention för barn och vuxna där regionen står för finansieringen [42].

En fungerande samverkan bygger främst på ett behov av samverkan hos den enskilda patienten. Det är viktigt att se individens behov och låta det vara styrande istället för att utgå från organisationens struktur [43]. För att behovet ska uppmärksammas krävs samlad och gemensam kunskapsbas och resurser för samverkan. Resurser kan tillföras på olika sätt men utan en gemensam kunskapsbas används inte resurserna effektivt. Tillfälliga projekt med eldsjälar har lyckats öka samverkan genom att resurser tillförts för ändamålet. Några bestående förändringar av sådana projekt har vi dock inte identifierat i datainsamlingen. Kunskaper om kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa har ackumulerats på senare tid vilket medför att vi kan vara trygga i att en god munhälsa har betydelse vid alla vård och omsorgsinsatser. Denna kunskap har dock ännu inte resulterat i en bestående samverkan i ett bredare perspektiv.

## Utvecklingsområden och förbättringsförslag

I detta kapitel presenterar Socialstyrelsen utvecklingsområden och förbättringsförslag utifrån analys av insamlad data. Utgångspunkt för förslagen är en god och säker vård på lika villkor för hela befolkningen efter behov, vilket också innebär att vården bör baseras på bästa tillgängliga kunskap. En väl fungerande samverkan är också viktig ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.

Socialstyrelsen har identifierat följande utvecklingsområden:

- Nationell och regional kunskapsstyrning behöver omfatta munhälsa och tandvård
- Samverkansmodeller för vård och omsorg behöver omfatta både tandvård och hälso- och sjukvård
- Tandvården behöver omfattas av arbetet med utveckling av gemensamma journalsystem och e-hälsotjänster
- Tandvården behöver bli mer delaktig i vård och behandling
- Kompetensutveckling och kunskapsstyrning är avgörande för en bättre samverkan
- Strukturerad uppföljning av samverkan behöver utvecklas

## Nationell och regional kunskapsstyrning behöver omfatta munhälsa och tandvård

Munhälsa och tandvård behöver på ett tydligt sätt omfattas av nationella och regionala strukturer för kunskapsstyrning. Den nationella kunskapsstyrningen är en förutsättning för en tydlig ledning på regional och lokal nivå där företrädare för hälso- och sjukvård, tandvård och patienter involveras. Det är viktigt att det finns tydliga regler, rutiner och riktlinjer för hur och när samverkan ska ske. Ledningens stöd och engagemang är centrala komponenter.

Som en central aktör i den nationella kunskapsstyrningen behöver Socialstyrelsen identifiera och uppmärksamma munhälsa och tandvård inom relevanta områden i exempelvis Nationella riktlinjer och övriga kunskapsstöd. Detta är ett utvecklingsarbete som pågår. Socialstyrelsen har också en viktig roll genom sitt ordförandeskap i Rådet för styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som består av nio myndigheter, och som verkar för att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad.

Även myndighetens arbete med Nationell informationsstruktur (NI) är viktigt. 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/Sno-dent och i förekommande fall klassifikationer kunna ge en möjlighet att förbättra vårdkedjor, e-tjänster och läkemedelsförskrivning i tandvården och i hälso- och sjukvården.

Nyttan av att införa strukturerad dokumentation i tandvården har stöd i den vetenskapliga litteraturen och kan bidra till verksamhetsutveckling och ökad kvalitet [35].

Terminologiska standarder som möjliggör semantisk interoperabilitet ingår som en del av vision e-Hälsa 2025 och möjliggör beslutsstöd och förbättrade arbetsflöden inom hälso- och sjukvård och tandvård. En ökad möjlighet till informationsöverföring mellan olika system kan leda till bättre patientsäkerhet och minskar onödig dubbeldokumentation [44]. Sekundär användning av klinisk metadata har flera användningsområden och fördelar inom tandvården och även i stort i hela samhället [26] [27] [45] [46] [47]. Båda domänerna har fördelar av relevant information från den andra domänen vilket kan bidra till en mer effektiv vård [48, 49] [50].

Socialstyrelsen har också utvecklat en process för hjälp till att nå en bättre samverkan mellan olika vårdnivåer [51]. Processen är avsedd att kunna användas av personer på ledningsnivå inom olika vårdverksamheter för att säkerställa att patienterna får en god och säker vård. Denna process skulle kunna användas även i utvecklingsarbeten runt samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Om munhälsa och tandvård beaktas av de nationella, regionala och lokala programområdena (NPO, RPO och LPO) inom regionernas organisation för kunskapsstyrning inom de områden där det finns koppling mellan allmän hälsa och munhälsa skulle också kunskapsstyrningens roll för en förbättrad samverkan kunna förstärkas.

Det pågående arbetet med utvecklad regional kunskapsstyrning inkluderar även standardiserade vårdförlopp (SVF). Från början utvecklades SVF inom vården av cancer. I SVF finns munhälsa och tandvård omnämnd i vårdförlopp som rör huvud- och- halscancer.

Skulle munhälsa och tandvård inkluderas när SVF nu ska utvecklas inom sjukdomar som har tydlig påverkan på munhälsa, till exempel demens/kognitionssvikt, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och stroke, skulle det enligt Socialstyrelsens bedömning kunna leda till bättre samverkan.

De standardiserade vårdförloppen är en del av kunskapsstyrningssystemet som ska öka jämlikhet, kvalitet och effektivitet i vården. Uppföljning av effekten av SVF är en del i arbetet med att åstadkomma en jämlik vård och en jämlik hälsa.

## Samverkansmodeller för vård och omsorg behöver omfatta både tandvård och hälso- och sjukvård

Det behöver finnas fungerande samverkansmodeller med upparbetade kommunikationskanaler till andra verksamheter, så att såväl tandvårds- som hälso- och sjukvårdspersonal vet vart de ska vända sig när en patient med behov som kräver samverkan kommer till mottagningen/kliniken eller motsvarande. Det behöver vidare vara klarlagt redan i förväg vem som har ansvar för att samverkan ska initieras. Samverkansstrukturen ska vara systematisk och oberoende av person. Socialstyrelsens kartläggning visar dock att samverkan i dag är beroende av enskilda individer och att det saknas rutiner och strukturer för samverkan. Detta är något som missgynnar patienter som har svårt att tala för sig själva och som kan leda till ojämlikhet.

Ett exempel på en samarbetsstruktur inom hälso- och sjukvården som har potential att förbättra samverkan är funktionen fast vårdkontakt. En patient har rätt att få en fast vårdkontakt om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om hen begär det (6 kap. 2 § patientlagen). Det är verksamhetschefen som ska utse en fast vårdkontakt (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen). Den fasta vårdkontakten är en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakten med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården eller andra berörda aktörer, såsom socialtjänsten. Funktionen fast vårdkontakt skulle kunna utvecklas så att munhälsa naturligt blir en av de aspekter som ingår i samordningsuppdraget.

Funktionen fast vårdkontakt ingår också i arbetet med införande av patientkontrakt som bedrivs av SKL. Patientkontraktet är en sammanhållen plan över planerade vårdinsatser som ska bidra till att skapa trygghet för patienten. Patientkontrakt är en del av hälso- och sjukvårdens omställning till den nära vården där primärvården står i fokus. Under 2019 har SKL och regeringen tecknat en överenskommelse om en god och nära vård som behandlar denna omställning av hälso- och sjukvården [52]. Tandvården saknas dock ofta som samverkanspart i det omfattande arbetet med att ställa om hälso- och sjukvården som nu pågår, trots de goda erfarenheter tandvården har av förebyggande hälsofrämjande arbete. Tandvården behöver enligt Socialstyrelsens bedömning vara mer delaktig i denna typ av utvecklingsarbete för att munhälsa ska hamna på agendan.

Ett utökat ansvar för primärvården ligger också i linje med den pågående utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) vars arbete är ett steg i strukturförändringen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som innebär att primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. I utredningens uppdrag ingår dock inte att beakta patienternas behov av samverkan med tandvården.

I utredningens delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29) konstateras att primärvården har en viktig roll att spela i det förebyggande och sjukdomsförebyggande arbetet. Primärvården har goda möjligheter att utveckla samarbeten lokalt för preventivt arbete för att främja folkhälsan (SOU 2019:29, s 198). I detta omställningsarbete skulle en involvering av tandvården kunna bidra till förbättrade förutsättningar för samverkan enligt Socialstyrelsens bedömning.

Hälso- och sjukvården är också en viktig aktör när det gäller att uppmärksamma begynnande munhälsoproblem och risk för förlorad tandvårdskon-takt. Sveriges Tandläkarförbund har till exempel tagit fram ett handlingsprogram för sköra äldres munhälsa som ger exempel på hur verksamheten kan organiseras och olika professioner kan samverka på ett sätt som är till nytta för patienten. Till exempel skulle hälso- och sjukvården kunna uppmärksamma munhälsoproblem i ett tidigt skede hos sköra äldre genom att genomföra riskbedömningar med hjälp av skattningsdokument [53].

En helhetslösning för samverkan måste till där ett ändamålsenligt omhändertagande av patienterna ligger i fokus. Det finns exempelvis en stor utvecklingspotential när det gäller vård av äldre och andra grupper med komplexa vårdbehov, till exempel multisjuka och patienter inom psykiatri som är en grupp patienter som riskerar att falla mellan stolarna. Dessa grupper omfattas till stor del av landstingens olika tandvårdsstöd vilket innebär att de har rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöden 2018 konstaterade dock att tandvårdsförordningens regelverk är svårt att tolka vilket kan leda till olika bedömningar i regionerna och i förlängningen att vården blir ojämlig. Till exempel visade utvärderingen att personer med insatser enligt LSS får tillgång till tandvård i lägre grad [2]. Det otydliga regelverket med svårdefinierade kriterier försvårar möjligheterna att göra likvärdiga bedömningar. Myndighetens bedömde därför att tandvårdsförordningen bör genomgå en omfattande revidering för att den ska bli lättare att tillämpa och följa upp, vilket också är denna kartläggnings bedömning.

Samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan utvecklas på flera olika sätt. Det kan innebära nya strukturer och arbetssätt där det är svårt att på förhand veta vad det innebär, och därför är det svårt att beräkna vilka kostnader som följer av ökad samverkan utan att veta mer om hur det förändrar arbetssätt och strukturer.

Eventuella kostnader för förändrad samverkan bör också ställas i relation till den vinst eller ömsesidig nytta som samverkan ger. En förbättrad samverkan som syftar till att förebygga eller tidigare upptäcka sjukdomar och vårdkrävande tillstånd kan trots ökade kortsiktiga kostnader leda till större vinster på längre sikt. Dessa vinster kan bestå i både minskade kostnader, såväl di-



rekta som indirekta, och dessutom förbättrad livskvalitet hos individer. Ekonomiska besparingar kan då också användas inom andra områden för att förebygga och behandla andra tillstånd.

## Tandvården behöver omfattas av arbetet med utveckling av gemensamma journalsystem och e-hälsotjänster

Till e-tjänsterna hör journalföring, läkemedelsförskrivning och digitala remisser. I Socialstyrelsens delrapport konstaterades att majoriteten av regionerna efterfrågar en utveckling av journalföringen så att tandvården och hälso- och sjukvården åtminstone har möjlighet att läsa hälso- och sjukvårdens journaler när det är ändamålsenligt.

I flera regioner pågår det upphandling av nya journalsystem. Socialstyrelsen vill understryka vikten av att behovet av samverkan och sammanhållna journalsystem mellan tandvård och hälso- och sjukvård beaktas i dessa processer. Ett exempel på hur ett sammanhållet journalsystem kan se ut kan hittas i Finland där man tagit fram ett gemensamt datasystem för sjukvården och socialvården. De anställda i hälsovården och socialvården kommer att ha ett enhetligt klient- och patientdatasystem som gör det möjligt att följa klient- och patientprocesserna [54].

Utveckling av och investering i nya journalsystem är förenat med kostnader. Det går dock inte att göra någon detaljerad kostnadsberäkning av detta eftersom Socialstyrelsen inte har någon uppgift om omfattningen av behovet av nya journalsystem och vilka system som är tillräckligt anpassade idag. För privattandläkare, och särskilt för mindre verksamheter, kan det dock vara förenat med stora kostnader både för att anskaffa ett nytt journalsystem och för att koppla upp det för att ta del av nödvändig information om patienter.

På läkemedelsområdet arbetar redan e-hälsomyndigheten på regeringens uppdrag med att utveckla och införa den nationella läkemedelslistan (NLL). Lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista ska träda i kraft den 1 juni 2020. Genom NLL kommer läkare och tandläkare att kunna få information om vilka läkemedel en patient fått utskrivna på recept vilket kan förbättra såväl vårdens kvalitet som patientsäkerheten.

## Tandvården behöver bli mer delaktig i vård och behandling

Omhändertagandet av patienter skulle kunna förbättras genom att tandvården har en mer aktiv roll när det gäller att utreda patienter med sjukdomar och tillstånd som påverkar både allmän hälsa och munhälsa, exempelvis multisjuka äldre patienter och patienter med diabetes eller psykisk ohälsa. Genom att integrera tandvård och odontologisk kompetens i team för bedömning och behandling och för läkemedelsgenomgångar blir patientens hela behov i fokus för bedömningen.

Ett annat område där tandvården har potential att bidra till ett gemensamt arbete med hälso- och sjukvården är det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor omfattar även tandvård [17]. Ett exempel på sjukdomsförebyggande insatser som både hälso- och sjukvården och tandvården arbetar med är tobaksavvänjning. Här blir finansieringsfrågan central. I en majoritet av regionerna debiteras patienten enligt tandvårdens taxa när tobaksavvänjningen utförs av tandvården. Det innebär en betydande skillnad för patienten och skapar hinder för hälso- och sjukvården och tandvården att samverka runt det samlade behovet av tobaksavvänjning. Tre regioner har löst detta genom att erbjuda tobaksavvänjning till samma avgift som för sjukvårdande behandling inom övrig hälso- och sjukvård. För patienten blir det således i dessa regioner avgiftsneutralt om tobaksavvänjningen utförs inom hälso- och sjukvården eller inom tandvården, vilket skapar förutsättningar för samverkan. Region Östergötland, där modellen har varit i bruk sedan 2006, har också gjort kostnadsberäkningar [42].

Kostnaden för tobaksanvändning beräknades i en studie till 31 miljarder kronor per år 2015 [55]. Andelen rökare i befolkningen över 16 år beräknas till 16 procent och då skulle den årliga kostnaden per rökare uppgå till cirka 23 000 kronor. Det innebär att program för tobaksavvänjning är ett område där tandvårdens hälsofrämjande potential kan utnyttjas med ett gott hälsoekonomiskt utfall.

Tandvården har regelbunden kontakt med stora delar av befolkningen och har en lång tradition av framgångsrikt sjukdomsförebyggande arbete vilket också skulle kunna användas för att uppmärksamma riskfaktorer för allmänsjukdomar, som diabetes, högt blodtryck, övervikt, ätstörningar och reflux, cancer, benskörhet, demens, psykisk ohälsa, hjärt- och kärlsjukdomar (kopp-ling till parodontit) samt läkemedels inverkan (t.ex. muntorrhet). Det pågår också en rad olika utvecklingsinitiativ inom tandvården att arbeta med screening för allmänsjukdomar. Socialstyrelsens bedömning är att dessa initiativ är intressanta, men att deras effekt skulle behöva utvärderas för att kunna rekommenderas på nationell nivå.

Hälso- och sjukvården kan bidra till utredning av munhälsan genom riskbedömningar för att identifiera patienter med munvårdsbehov. För riskbedömningar av munhälsostatus finns till exempel det standardiserade bedömningsinstrumentet ROAG. Resultatet av dessa bedömningar kan registreras i kvalitetsregistret Senior Alert för personer över 65 år. En bedömning med ROAG kan vid ett slutenvårdstillfälle leda till att patienten blir omhändertagen tidigare av tandvården och därmed förhindra vårdkrävande tillstånd eller komplikationer.

Personalen kan få kunskap om det standardiserade bedömningsinstrumentet via utbildning, t ex genom en webbutbildning, och kostnaden för verksamheten är i huvudsak personalbortfallet vid utbildningstillfället samt vid bedömningstillfället. På kort sikt kan därmed kostnaderna öka om man inför en systematisk munhälsobedömning i hälso- och sjukvården. På längre sikt finns däremot besparingar att göra genom att undvika framtida sjukdomar eller vårdkrävande tillstånd. Sjukdomar och komplikationer som är relaterade till munhälsa innebär också nedsatt livskvalitet hos individer som drabbas. Genom att förebygga och på förhand lindra sådana tillstånd kan också patienters lidande minskas.

## Kunskaps- och kompetensutveckling och kunskapsstyrning är avgörande för en bättre samverkan

För att skapa en större gemensam kunskapsbas för tandvårdvård och hälso- och sjukvård är det Socialstyrelsens uppfattning att utbildningsmoment om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa behöver öka inom hälso- och sjukvården. Interprofessionella kursmoment bör också få ett större utrymme för att öka förståelsen mellan de båda domänerna.

Det är svårt att beräkna vad en enskild kurs vid lärosätena inom till exempel inom till exempel läkarprogrammet generellt kostar eftersom innehåll och omfattning varierar stort. För att beräkna vad ett ytterligare kursmoment i munhälsa skulle kosta, antingen som en egen kurs eller som en del i en annan kurs, behöver innehållet specificeras. Grundutbildningen för läkare håller nu på att arbetas om och från år 2021 kommer läkarutbildningen att bli sexårig och läkarlegitimation ges direkt. Då ska också allmäntjänstgöringen fasas ut och bastjänstgöring införs. Inför denna ändring kommer man troligen också att se över kursinnehållet och delmålen i utbildningen vilket skulle kunna innebära en möjlighet att integrera utbildningsmoment om munhälsa.

För att öka kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa hos den redan yrkesverksamma professionen behövs utökad fortbildning, inte minst på hälso- och sjukvårdssidan. Denna fortbildning skulle kunna genomföras i interprofessionell form så att personal från de båda områdena får tillfälle att mötas. Riktade informations- och utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal om sjukdomar och tillstånd som är kända för att påverka allmän hälsa och munhälsa (till exempel diabetes, parkinson, stroke och demens) skulle kunna vara ett lämpligt sätt att höja medvetandet om vikten av att samverka för dessa grupper. Socialstyrelsen ser också att regionernas organisation för kunskapsstyrning på sikt kan komma att bidra till en större gemensam kunskapsbas för tandvård och hälso- och sjukvård genom tvärprofessionella grupper inom vissa av de nationella, regionala eller lokala programområdena.

Kompetensförsörjning och rekryteringsproblematik är också viktiga aspekter ur ett samverkansperspektiv. Det är 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 [56]. En bristande tillgänglighet till tandvårdspersonal påverkar möjligheten till fungerande samverkan.

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsens nyinrättade nationella råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården potential att bidra till förutsättningarna att samverka genom sitt uppdrag att samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvård [57].

## Strukturerad uppföljning av samverkan behöver utvecklas

För att åstadkomma en ändamålsenlig samverkan behöver system för en strukturerad uppföljning utvecklas. En utgångspunkt för detta kan vara relevanta nationella kvalitetsregister där en bedömning av munhälsovariabler kan bidra till att öka vårdens medvetenhet om sambanden mellan munhälsa och allmän hälsa.

I kvalitetsregistret Senior Alert kan riskbedömningar avseende munhälsa och undernäring göras med hjälp av ett bedömningsinstrument. Även i kvalitetsregistret för demenssjukdom (SveDem) finns munhälsa med som en variabel. I andra kvalitetsregister för sjukdomar där munhälsa är relevant, som exempelvis Svenska Diabetesregistret, skulle registrering av munhälsovariabler kunna bidra till en större samsyn runt patienten.

Att registrera data i kvalitetsregister innebär samtidigt en kostnad för verksamheterna, bland annat för att utbilda personal i bedömningsinstrument och registreringsverktyg och för tiden de behöver lägga på att löpande göra bedömningar och sedan registrera dem.

Som ett exempel för att beräkna denna kostnad har registrering i Senior Alert använts. Utbildningen är kostnadsfri och ges i form av en webbutbildning. Den kostnad som uppkommer i verksamheten är den tid som personalen ägnar åt den. Enligt kvalitetsregistrets webbplats tar utbildningen 45 minuter<sup>1</sup>, och med ytterligare tid för förberedelser och egen reflektion beräknas tidsåtgången till cirka två timmar per person. Den tiden innebär då en lönekostnad som varierar med yrkeskategori (tabell 7).

**Tabell 7. Exempel på lönekategorier och lönekostnader SEK**

| Lönekategori      | Månadslön | Månadslön inkl. pålägg <sup>2</sup> | Timlön | 15 minuter |
|-------------------|-----------|-------------------------------------|--------|------------|
| Undersköterska    | 28 600    | 52 624                              | 329    | 82         |
| Sjuksköterska     | 38 000    | 69 920                              | 437    | 109        |
| Vårdadministratör | 26 800    | 49 312                              | 308    | 77         |
| Tandsköterska     | 26 800    | 49 312                              | 308    | 77         |
| Ekonom            | 44 800    | 82 432                              | 515    | 129        |
| Hemtjänstpersonal | 28 400    | 52 256                              | 327    | 82         |

Källa: SCB:s lönestatistik 2017 års löner

Efter genomförd utbildning uppskattar Socialstyrelsen att det tar 15 minuter att rapportera data till kvalitetsregister, och kostnaden för en verksamhet för månatlig rapportering för den tiden redovisas i tabell 7. För verksamheten blir det dock en vinst genom tillgången till underlag när man följer upp den inrapporterade hälsovariabeln.

Dessutom kan Socialstyrelsens tandhälsoregister användas för uppföljning och slutligen kan Socialstyrelsens utvärderingar av följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer bidra till en ändamålsenlig samverkan genom att

<sup>1</sup> <https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Webb-utbildningar/Sidor/Webbutbildning-Senior-alert.aspx>

<sup>2</sup> Tillväxtverket; Ekonomiska effekter av nya regler 2017. Schablonvärde om 1,84 som innefattar 12% semesterersättning, 31,42 procents arbetsgivaravgifter samt 25 procent overheadkostnader.

indikatorer för att följa samverkan utvecklas. Här kan särskilt nämnas riktlinjerna för diabetes, demens och stroke där det finns rekommendationer om att patienten bör ha kontakt med tandvården eller att munhälsan särskilt bör uppmärksammas.

# Referenser

1. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Delrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
2. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget : delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
4. Kommunikationsbrister i vården [Elektronisk resurs]. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
5. Samordnad vård och omsorg : en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
6. Patientens övergångar. Framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som ökar patientsäkerheten. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
7. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård : lägesrapport 2018. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
8. Tandlösa tandvårdsstöd : en analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2015.
9. Inger, W, Margareta, J, Maude, W. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. Gerodontology. 2012; (2):e787.
10. Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
11. Patientmiljarden - insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Sammanställning av landstingens handlingsplaner 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
12. Standardiserade vårdförlopp - Jämlik och effektiv vård med god kvalitet. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringskansliet Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
13. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 : redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
14. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2016.
15. Nationella riktlinjer för diabetesvård : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
16. Nationella riktlinjer för vård vid stroke : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Report No.: 9789175554501.
17. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
18. Nationell informationsstruktur 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

19. Översyn av klassifikationer och terminologi anslutning till tandhälsoregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
20. Peter L, E, Steven H, B, Casey S, H, Brent A, B, Dietlind, W-R, S. Trent, R, et al. Evaluation of the Content Coverage of SNOMED CT: Ability of SNOMED Clinical Terms to Represent Clinical Problem Lists. Mayo Clinic Proceedings. 2006; (6):741.
21. What is Snodent? Hämtad från: <https://www.ada.org/en/member-center/member-benefits/practice-resources/dental-informatics/snodent>
22. Kalenderian, E, Maramaldi, P, Kim, S, Etolue, J, McClellan, L, Simmons, K, et al. Strategic Shift to a Diagnostic Model of Care in a Multi-Site Group Dental Practice. International Journal Of Dentistry And Oral Health. 2016; 2(4).
23. Ramoni, RB, Etolue, J, Tokede, O, McClellan, L, Simmons, K, Yansane, A, et al. Adoption of dental innovations. Journal of the American Dental Association (JADA). 2017; 148(5):319-27.
24. Mary Regina, B, George, H, David J, A, Ying, W, Adam B, W, Jin, W, et al. Discovering medical conditions associated with periodontitis using linked electronic health records. Journal of Clinical Periodontology. 2013; (5):474.
25. Martin, SA, Simon, L. Oral Health and Medicine Integration: Overcoming Historical Artifact to Relieve Suffering. American Journal of Public Health. 2017; 107:S30-S1.
26. Song, M, Liu, K, Abromitis, R, Schleyer, TL. Reusing electronic patient data for dental clinical research: a review of current status. Journal Of Dentistry. 2013; 41(12):1148-63.
27. Liu, K, Acharya, A, Alai, S, Schleyer, TK. Using electronic dental record data for research: a data-mapping study. Journal Of Dental Research. 2013; 92(7 Suppl):90S-6S.
28. Benson, T. The history of the Read codes: the inaugural James Read Memorial Lecture 2011. Informatics in Primary Care. 2011; 19(3):173-82.
29. Reynolds, PA, Harper, J, Dunne, S. Better informed in clinical practice - a brief overview of dental informatics. British Dental Journal. 2008; 204(6):313-7.
30. SNOMED CT Implementation in mental health. 2019. Hämtad från: <https://digital.nhs.uk/services/terminology-and-classifications/snomed-ct/implementation-in-mental-health>
31. Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
32. Förbereda implementering av uppmärksamhetsinformation i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
33. Varningsinformation. Etapp 2.: Sjukvårdsrådgivningen; 2008.
34. Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården [Elektronisk resurs]. Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
35. Tokede, O, Ramoni, RB, Patton, M, Da Silva, JD, Kalenderian, E. Clinical documentation of dental care in an era of electronic health record use. Journal of Evidence-Based Dental Practice. 2016; 16(3):154-60.
36. Bhardwaj, A, Ramoni, R, Kalenderian, E, Neumann, A, Hebballi, NB, White, JM, et al. Measuring up: Implementing a dental quality measure in the electronic health record context. Journal Of The American Dental Association (1939). 2016; 147(1):35-40.

37. Kalenderian, E, Walji, MF, Tavares, A, Ramoni, RB. An adverse event trigger tool in dentistry. *Journal of the American Dental Association (JADA)*. 2013; 144(7):808-14.
38. Corrêa, CDTSDO, Mendes, W. Proposal of a trigger tool to assess adverse events in dental care. *Cadernos De Saude Publica*. 2017; 33(11):e00053217-e.
39. Remiss. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
40. Munhälsa : åtgärder för att förebygga ohälsa i munnen. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2014.
41. Bit ifrån. En rapportserie om äldre personers tillgång till tandvård under olika faser av åldrandet. Del 1 och 2.: Pensionärernas Riksorganisation (PRO); 2018.
42. Tobaksavvänjning inom tandvården i Östergötland - uppföljning 2016. Region Östergötland; 2016.
43. Lundin Lennart, OO. Psykiska funktionshinder. Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar; 2002.
44. Elevitch, FR. SNOMED CT: electronic health record enhances anesthesia patient safety. *AANA Journal*. 2005; 73(5):361-6.
45. Enihomo, MO-U, Jean, MC, Sapna, P, Kristen, S, Joel, MW, Muhammad, FW, et al. Unintended consequences and challenges of quality measurements in dentistry. *BMC Oral Health*. 2019; (1):1.
46. Kalenderian, E, Tokede, B, Ramoni, R, Khan, M, Kimmes, N, White, J, et al. Dental clinical research: an illustration of the value of standardized diagnostic terms. *Journal of Public Health Dentistry*. 2016; 76(2):152-6.
47. Tokede, O, Walji, M, Ramoni, R, Rindal, DB, Worley, D, Hebballi, N, et al. Quantifying Dental Office-Originating Adverse Events: The Dental Practice Study Methods. *Journal Of Patient Safety*. 2017.
48. 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.
49. Obadan, EM, Ramoni, RB, Kalenderian, E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *Journal of the American Dental Association (JADA)*. 2015; 146(5):318-26.
50. Choi, HJ, Stewart, AL, Tu, C. Medication discrepancies in the dental record and impact of pharmacist-led intervention. *International Dental Journal*. 2017; 67(5):318-25.
51. Så kan olika vårdnivåer samverka om levnadsvanor. En inspirationsskrift. Stockholm: Socialstyrelsen.
52. God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2019:
53. Munnen är allas ansvar. Ett handlingsprogram för sköra äldres munhälsa.: Sveriges tandläkarförbund; 2017.
54. Apotti patient- och klientdatasystem. 2019. Hämtad september 2019 från: <https://www.apotti.fi/sv/>
55. Andersson E, TGE, Norrlid H, Fridhammar A. Samhällskostnaden för rökningssjuklighet i Sverige. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi; 2017.



56. Nationella planeringsstödet 2017 : tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
57. Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Stockholm: Socialstyrelsen Universitetskanslersämbetet; 2019.
58. D'Aiuto, F, Gable, D, Syed, Z, Allen, Y, Wanyonyi, KL, White, S, et al. Evidence summary: The relationship between oral diseases and diabetes. *British Dental Journal*. 2017; 222(12):944-8.
59. Graziani, F, Gennai, S, Solini, A, Petrini, M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes An update of the EFP-AAP review. *J Clin Periodontol*. 2018; 45(2):167-87.
60. Monje, A, Catena, A, Borgnakke, WS. Association between diabetes mellitus/hyperglycaemia and peri-implant diseases: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2017; 44(6):636-48.
61. Nascimento, GG, Leite, FRM, Vestergaard, P, Scheutz, F, Lopez, R. Does diabetes increase the risk of periodontitis? A systematic review and meta-regression analysis of longitudinal prospective studies. *Acta diabetologica*. 2018; 55(7):653-67.
62. Tanaka, H, Ihana-Sugiyama, N, Sugiyama, T, Ohsugi, M. Contribution of Diabetes to the Incidence and Prevalence of Comorbid Conditions (Cancer, Periodontal Disease, Fracture, Impaired Cognitive Function, and Depression): A Systematic Review of Epidemiological Studies in Japanese Populations. *Journal of epidemiology*. 2019; 29(1):1-10.
63. Yang, M, Chen, P, He, MX, Lu, M, Wang, HM, Soares, JC, et al. Poor oral health in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2018; 201:3-9.
64. Khokhar, MA, Khokhar, WA, Clifton, AV, Tosh, GE. Oral health education (advice and training) for people with serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016; 9:Cd008802.
65. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
66. Toniazzi, MP, Amorim, PS, Muniz, F, Weidlich, P. Relationship of nutritional status and oral health in elderly: Systematic review with meta-analysis. *Clin Nutr*. 2018; 37(3):824-30.
67. Astvaldsdottir, A, Bostrom, AM, Davidson, T, Gabre, P, Gahnberg, L, Sandborgh Englund, G, et al. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018; 35(4):290-304.



# Bilaga 1. Regeringsuppdraget och 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 förbättringsmöjligheter 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 knyts 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 Wärnberg Gerdin, enhetschef, Avdelningen för analys/enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4

#### *Projektgrupp*

Thomas Malm, utredare, Avdelningen för analys/enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4, projektledare

Kristin Larsson, utredare, Avdelningen för analys/enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4, projektmedlem

Álfheiður Ástvaldsdóttir sakkunnig tandvård, Avdelningen för analys/enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4 projektmedlem

Peter Lundholm, sakkunnig tandvård, Avdelningen för analys/enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4, projektmedlem

Andreas Johansson, utredare, Avdelningen för analys/enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4, projektmedlem

#### *Övriga deltagare*

Anna Malmberg, utredare, Avdelningen för analys/enheten för specialstöd 2

Lars Holm, statistiker, Avdelningen för analys/enheten för specialstöd 2

Birgitta Svensson, utredare, Avdelningen för analys/enheten för specialstöd 2

Daniel Högberg, utredare, Avdelningen för analys/enheten för specialstöd 2

Frida Lundgren, statistiker, Avdelningen för analys/enheten för specialstöd 1

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

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

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

Åsa Fernlund, utredare, Kunskapsstyrning för socialtjänsten/Informationsstruktur och e-hälsa

Anders Alexandersson, jurist, Rättsavdelningen/Hälso- och sjukvårdsjuridik

Kristina Swiech, 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

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 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. Intervjuer och enkäter

### Fördjupande intervjuer regioner

Socialstyrelsen genomförde våren 2019 en fördjupande intervjustudie riktad till hälso- och sjukvårdsstrategier och tandvårdsstrategier i regionerna Dalarna, Kronoberg, Stockholm, Västerbotten och Västra Götaland. De tio personer som intervjuades är i främst strateger men det rör sig också om personer med andra relevanta tjänster, till exempel vårdutvecklare. Åtta intervjuer genomfördes via videosamtal och två på plats i Stockholm.

Regionerna valdes utifrån inskickade styrdokument och sina enkätsvar, och för att få en variation i storlek och geografisk placering gjordes ett strategiskt urval av regioner av varierande storlek och geografisk placering i landet. I varje region intervjuades en företrädare för tandvården och en företrädare för hälso- och sjukvården vilket sammanlagt gav tio intervjuer.

Intervjuerna var semistrukturerade och behandlade följande frågeområden:

- Definitionen av samverkan
- Dagens samverkan i regionerna
  - Organisation
  - Lokaler
  - E-tjänster
  - Kultur och tradition i organisationen
  - Styrdokument
- Hinder för samverkan
- Lösningar på eventuella hinder för samverkan
- Kompetensutveckling kring kopplingen munhälsa och allmän hälsa

### Verksamhetsenkäter

Socialstyrelsen genomförde våren 2019 en enkätundersökning riktad till kommunal hälso- och sjukvård, tandvårdskliniker, vårdcentraler och sjukhuskliniker. Syftet med undersökningen var att fånga upp erfarenheter om hur samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård fungerar, vilka eventuella hinder som finns och lösningar på dessa, utifrån de olika verksamheternas perspektiv.

Frågeställningarna i enkäterna behandlar på vilket sätt de båda domänerna samverkar, vilka andra verksamheter man samverkar med, hinder för samverkan och lösningar på dessa, e-tjänster och om kompetensutveckling för personalen m.m. Enkäterna som skickades till de fyra olika verksamhetstyperna var i stor utsträckning lika varandra, även om några enskilda frågor var verksamhetsanpassade.

- **Kommunal hälso- och sjukvård:** En enkät skickades till de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) i sammanlagt 188 kommuner och

stadsdelar. Kommunerna och stadsdelarna valdes ut i ett slumpmässigt urval där populationen var 60 procent av rikets 312 kommuner och stadsdelar. Enkäten besvarades av 157 kommuner och stadsdelar vilket motsvarar en svarsfrekvens på 84 procent

**Tabell 8. Population och urval efter kommunerna/stadsdelarnas befolkningsstorlek**

| Invånarantal     | Population |          | Urval |          | Svar  |         |
|------------------|------------|----------|-------|----------|-------|---------|
|                  | Antal      | Andel, % | Antal | Andel, % | Antal | Andel % |
| – 14 999         | 134        | 43       | 84    | 45       | 67    | 80      |
| 15 000 – 29 999  | 72         | 23       | 41    | 22       | 35    | 85      |
| 30 000 – 69 999  | 53         | 17       | 33    | 17       | 29    | 88      |
| 70 000 – 199 999 | 27         | 9        | 18    | 10       | 14    | 78      |
| 200 000 –        | 26         | 8        | 12    | 6        | 12    | 100     |
| Totalt           | 312        | 100      | 188   | 100      | 157   | 84      |

Not. Stadsdelarna i Stockholm och Göteborg räknas till gruppen 200 000-.

- **Sjukhuskliniker:** En enkät skickades till 444 sjukhuskliniker och besvarades av 182 stycken kliniker vilket ger en svarsfrekvens på 41 procent. Verksamhetsområdena valdes ut av projektgruppen och omfattar medicinska områden där det finns anledning att förmoda att patienterna har sjukdomar och åkommor där det finns ett behov av samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård. Bortfallet är relativt stort varför svaren måste tolkas med stor försiktighet. Från Socialstyrelsens patientregister, över sluten- och öppenvård år 2017, tog statistiker fram samtliga vårdtillfällen/läkarbesök för de aktuella medicinska verksamhetsområdena och även uppgift om landsting/region och sjukhus. Utifrån dessa uppgifter skickades sedan en förfrågan till regionerna om kontaktuppgifter till angivna verksamhetsområden i januari–februari 2019.

**Tabell 9. Antal i population, antal svar och svarsfrekvens per medicinskt verksamhetsområde. Sjukhuskliniker**

| Medicinska verksamhetsområden | Antal i populationen | Antal svar | Andel svar, % |
|-------------------------------|----------------------|------------|---------------|
| Endokrinologisk vård          | 17                   | 6          | 35            |
| Gastroenterologi              | 19                   | 9          | 47            |
| Geriatrisk                    | 42                   | 15         | 36            |
| Hematologisk vård             | 17                   | 8          | 47            |
| Infektionsvård                | 28                   | 18         | 64            |
| Kirurgi                       | 99                   | 38         | 38            |
| Lungsjukvård                  | 23                   | 15         | 65            |
| Neurologi                     | 30                   | 7          | 23            |
| Onkologi                      | 21                   | 7          | 33            |
| Psykiatrisk vård              | 71                   | 23         | 32            |
| Reumatologisk vård            | 20                   | 10         | 50            |
| Strokevård                    | 7                    | 2          | 29            |
| Öron-, näs- och halssjukvård  | 50                   | 24         | 48            |
| Totalt                        | 444                  | 182        | 41            |

- **Vårdcentraler:** En enkät skickades till sammanlagt 675 offentliga och privata vårdcentraler. Vårdcentralerna valdes ut i ett slumpmässigt urval där populationen var 60 procent av de sammanlagt 1 125 vårdcentraler vars adresser samlats in via mejlförfrågningar till regionerna. Enkäten besvarades av 287 stycken vårdcentraler, vilket ger en svarsfrekvens på 43 procent. Av de svarande vårdcentralerna är 163 offentliga medan 124 stycken är privata.

**Tabell 10. Population och urval efter offentlig/privat vårdcentral**

| Regi      | Population |          | Urval |          | Svar  |          |
|-----------|------------|----------|-------|----------|-------|----------|
|           | Antal      | Andel, % | Antal | Andel, % | Antal | Andel, % |
| Offentlig | 651        | 58       | 395   | 59       | 163   | 41       |
| Privat    | 474        | 42       | 280   | 41       | 124   | 44       |
| Totalt    | 1 125      | 100      | 675   | 100      | 287   | 43       |

- **Tandvårdskliniker:** En enkät skickades till 400 allmäntandvårdskliniker inom folktandvården och 400 allmäntandvårdskliniker inom den privata tandvården. Tandvårdsklinikerna valdes ut i ett stratifierat urval med typ av klinik som stratumvariabel. Inom varje stratum är slumpmässiga urval dragna med urvalsstorlekar valda för att kunna göra andelsskattningar. Adressuppgifterna till folktandvårdsklinikerna samlades in via mejlförfrågningar till samtliga regioner. Adressuppgifterna till de privata tandvårdsklinikerna samlades in via försäkringskassan. Som komplement skickades den dessutom 159 specialistkliniker inom folktandvården. Enkäten besvarades av 467 kliniker vilket motsvarar en svarsfrekvens på 49 procent.

**Tabell 11. Populations- och urvalsstorlek efter typ av tandvårdsklinik**

| Typ av klinik       | Population | Urval | Antal svar | Andel |
|---------------------|------------|-------|------------|-------|
| Folktandvård        | 575        | 400   | 204        | 51    |
| Privat tandvård     | 1 946      | 400   | 178        | 41    |
| Specialisttandvård* | 159        | 159   | 85         | 53    |
| Totalt              | 2 680      | 959   | 467        | 49    |

\*Samtliga specialistkliniker tillhör folktandvården

## Fördjupande intervjuer med representanter för professionen och patient- och intresseorganisationer

Under våren 2019 genomförde Socialstyrelsen dessutom en fördjupande intervjustudie om de hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård som patienter i tre avgränsade grupper kan komma i kontakt med.

Datainsamlingen baserades på semistrukturerade intervjuer med grupper eller individer och avsåg att studera erfarenheter, åsikter, behov och önskemål kring samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Intervjuerna genomfördes av två intervjuare som förde anteckningar som sammanställdes.

Urvalet täckte nödvändigt informationsbehov genom att datamättnad uppnåddes.

Myndigheten har valt att studera tre grupper som har ett stort behov av fungerande samverkan mellan de båda domänerna, och som riskerar att falla mellan stolarna om samverkan inte fungerar på tillfredställande sätt. Det rör sig till exempel om personer som har diagnoser eller tillstånd som påverkar både munhälsan och den allmänna hälsan. Studien är inriktad mot:

- Patienter med diabetes
- Patienter med psykisk ohälsa, med särskilt fokus på schizofreni
- Äldre personer, med särskilt fokus på sjuka och sköra äldre

Diabetes är en sjukdom som påverkar både munhälsa och allmän hälsa [58] [59] [60] [61] [62]. Patienter med diabetes löper en ökad risk för munsjukdomar och det är också vanligare med tandlossningssjukdomar hos dessa patienter, varför förebyggande vård är viktig. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård rekommenderar därför myndigheten att hälso- och sjukvården bör hänvisa patienter med diabetes och med risk för försämrad munhälsa eller tandlossningssjukdom till tandvården [15]. Vidare har patienter med svårinställd diabetes rätt till särskilt tandvårdsbidrag (STB) när de besöker tandvården.

Patienter med psykisk ohälsa är en annan grupp patienter som behöver både tandvård som hälso- och sjukvård. En anledning är läkemedelsbehandling som kan leda till muntorrhet vilket i sin tur kan leda till munhälsoproblem [63] [64]. Psykiskt sjuka löper alltså högre risk av att drabbas av försämrad munhälsa och många av dem ingår i landstingens tandvårdsstöd. Till exempel kan patienter med svår psykisk funktionsnedsättning också vara berättigade till tandvårdsstöd och få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift i enlighet med Tandvårdsförordningen (1998:1338).

Projektgruppen valde att avgränsa studien till patienter med schizofreni. Denna patientgrupp omfattas ofta av det ovan nämnda tandvårdsstödet och har ofta munhälsoproblem till följd av läkemedelsbehandling. I Socialstyrelsens riktlinjer för vård av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas också att de ska få stöd i sina kontakter med somatisk vård och tandvård eftersom denna patientgrupp ofta har problem med sin somatiska hälsa samtidigt som de har problem att upprätthålla kontakt med sjukvård och tandvård. Riktlinjerna tar också upp den ovan nämnda problematiken med läkemedelsbehandling [65].

Äldre personer, och särskilt sjuka och sköra äldre, har ofta hälsoproblem som berör både allmän hälsa och munhälsa. Många har kroniska sjukdomar och kan ha svårt att sköta sin hälsa samtidigt som de tappar kontakten med sjukvården och tandvården. Äldre har ofta läkemedelsbehandling som kan leda till muntorrhet och ökad risk för munhälsan. Dålig munhälsa kan även leda till svårigheter att äta med undernäring som följd [66].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demenssjukvård rekommenderas att socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer

med demenssjukdom [67]. Försämrade munhälsa kan leda till försämrade näringsintag och risken för att utveckla näringsproblem är förhöjd för personer med demenssjukdom [14].

Företrädare för Diabetesförbundet, Schizofreniförbundet, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Riksförbundet för pensionärsgemenskap (RPG), Sveriges Pensionärsförbund (SPF) och Demensförbundet har intervjuats enskilt eller i grupp. Frågorna gällde vilka erfarenheter deras medlemmar har av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, samt vilka lösningar på dessa problem som de kan identifiera. Intervjuerna var semi-strukturerade och berörde bland annat följande frågeområden:

- Vilka behov av samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har organisationerna identifierat?
- Vilka verksamheter inom tandvård respektive hälso- och sjukvård kommer organisationernas medlemmar i kontakt med?
- Vilka erfarenheter av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har organisationernas medlemmar?
- Vilka lösningar på hindren för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård har organisationerna identifierat?
- Hur kan tandvården och hälso- och sjukvården bidra till utredning och behandling på ett bättre sätt?

Dessutom har Socialstyrelsen intervjuat företrädare för tandvårds- och hälso- och sjukvårdsprofessionen som arbetar med de aktuella grupperna för att ta del av deras erfarenheter av hinder för samverkan. Professionsföreträdarna är verksamma i samma fem regioner som var aktuella för den uppföljande intervjustudien, det vill säga Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Dalarna och Västerbotten.