

Rapport 2015:3

Tandlösa tandvårdsstöd

En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen



► vårdanalys
◄

Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015

ISBN 978-91-87213-41-0

Tandlösa tandvårdsstöd

En analys av hur tandvårdsstöd fungerar
för den äldre befolkningen

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Sofia Almlöf har varit föredragande. Analyschefen Christofer Montell har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2015-03-25
Myndigheten för vårdanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sofia Almlöf
Föredragande

Förord

I Vårdanalys uppdrag ingår att analysera och följa upp tandvården ur ett patient- och medborgarperspektiv. Denna rapport är resultatet av vårt första arbete inom tandvårdsområdet. Myndighetens patientråd har flera gånger pekat på brister i tandvården och lyft att tandvården inte analyseras och följs upp i den omfattning som området förtjänar. Enskilda personer har också hört av sig till myndigheten med synpunkter på tandvården. En av dem som hörde av sig flera gånger och ville diskutera hur tandvården fungerar var Kjell Bergh. Kjell tyckte att tandvården var krånglig, att det var oklart vad man som äldre patient hade rätt att förvänta sig och ifrågasatte om han fick rätt och tillräcklig tandvård. Vi vill tacka Kjell (*in memoriam*) för hans berättelser som varit en viktig utgångspunkt för detta arbete som handlar om hur tandvårdsstöden fungerar för äldre.

När vi blir äldre ökar risken för en sämre hälsa och munhälsa, och det blir allt tydligare att tänderna är en del av kroppen. Det finns också samband mellan munhälsan och den allmänna hälsan. Samtidigt är tandvården organiserad vid sidan av hälso- och sjukvården, med separat lagstiftning och andra principer för finansiering. Den enskilde patienten står själv för en stor del av kostnaderna för sin tandvård. För att stötta individer med vissa sjukdomar, funktionsnedsättningar eller stora behov av vård och omsorg finns ett antal särskilda tandvårdsstöd. I denna rapport belyser och analyserar vi hur fyra av dessa tandvårdsstöd fungerar för äldre.

Våra resultat visar att en relativt liten andel av äldre i målgruppen tar del av stöden och att det finns skillnader i hur stöd erbjuds mellan olika landsting. Vi ser också variationer i hur väl stöden når ut mellan olika grupper av äldre.

Konsekvenserna av att tandvårdsstöden inte når fram är en ökad risk för försämrad tandhälsa. I förlängningen kan detta leda till en sämre

allmän hälsa, stort lidande och höga kostnader för den enskilde samt höga samhällsekonomiska kostnader.

I rapporten identifierar vi ett antal utmaningar kopplade till tandvårdsstöden, och ger rekommendationer för hur tandvårdsstöden kan utvecklas. Vi hoppas att denna rapport ska bidra till en utveckling som gör att fler äldre får del av tandvårdsstöd på lika villkor, och att förutsättningarna för äldre att uppnå och bibehålla en god munhälsa stärks.

Utredaren Sofia Almlöf har varit projektledare för arbetet. Health Navigator AB har bistått med externt stöd i projektet. Till projektet har också en expertgrupp varit knuten, som läst och lämnat synpunkter på tidigare utkast av rapporten. I expertgruppen ingick Lars Gahnberg (Folktandvården Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska akademin), Pia Gabre (Folktandvården Landstinget i Uppsala län, Sahlgrenska akademin), Lars Olsson (Privat-tandläkarna), Mariana Näslund Blixt (Socialstyrelsen), Andreas Cederlund (Socialstyrelsen) och Sten Boström (PRO). Ett stort tack för värdefulla synpunkter och inspel under projektets gång!

Vi vill också framföra ett varmt tack till alla de personer som låtit sig intervjuas i studien. Utan er medverkan hade studien inte varit möjlig att genomföra.

Stockholm i maj 2015

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Dagens äldre har i allmänhet en bättre tandhälsa än tidigare generationer, mycket tack vare ett aktivt förebyggande arbete. Med åldern följer dock en ökad risk för både en försämrad munhälsa, och en försämrad allmän hälsa. Det finns även belägg för att munhälsan påverkar den allmänna hälsan och tvärtom. Äldre har generellt en förhöjd risk för vissa kroniska sjukdomar som påverkar möjligheterna att bibehålla en god munhälsa, de tar i högre utsträckning ett stort antal läkemedel som kan medföra muntorrhet och den fysiska funktionsförmågan blir ofta successivt sämre. Nedsatt funktionsförmåga och bristande ork kan utgöra hinder för att kunna sköta sin dagliga munhygien eller regelbundet besöka tandvården. Givet att åldrande innebär pensionering har äldre i allmänhet också en lägre inkomst än den övriga befolkningen. Tandvården präglas, till skillnad från hälso- och sjukvården, till stor del av egenfinansiering. En låg inkomst kan därför göra att tandvårdsbesök uppfattas som alltför dyrt.

Ett flertal olika tandvårdsstöd har inrättats för att bidra till en bättre munhälsa bland befolkningen. Vissa av stöden är särskilt aktuella för äldre och syftar bland annat till att stimulera förebyggande regelbunden tandvård och ökad livskvalitet. Det finns dock indikationer på att tandvårdsstöden inte fungerar optimalt och att de inte har önskat genomslag. Detta kan påverka de äldres möjligheter att upprätthålla en god munhälsa och i förlängningen en god allmän hälsa.

Mot ovanstående bakgrund valde Vårdanalys att initiera denna studie som syftar till att belysa och analysera hur tandvårdsstöden fungerar för målgruppen äldre (i studien definierad som personer 65 år eller äldre). Vi har fokuserat på fyra stöd: *särskilt tandvårdsbidrag, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*. Se tabell 1 för en sammanfattning av stöden. Utifrån analysen

identifierar vi utvecklingsområden kopplade till de specifika tandvårdsstöden. Vi ger också förslag på hur tandvårdsstöden kan förbättras i syfte att äldre ska upprätthålla kontakten med tandvården samt uppnå och bibehålla en god munhälsa.

TANDVÅRDSSTÖDEN NÅR INTE UT TILL ÄLDRE I TILLRÄCKLIG OMFATTNING

Vi kan konstatera att tandvårdsstöden inte når ut till äldre i målgruppen i tillräcklig omfattning. Endast en liten andel äldre personer som uppskattas vara berättigade tog del av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning år 2014 och 2013 (cirka 30 respektive 20 procent av de som uppskattas vara berättigade). Trots att uppsökande

Tabell 1. Sammanfattning av tandvårdsstöden.

	Särskilt tandvårdsbidrag	Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	Uppsökande verksamhet	Nödvändig tandvård
Bakgrund	Infördes 1 januari 2013.	Infördes 1 januari 2013.	Infördes 1 januari 1999.	Infördes 1 januari 1999.
Målgrupp	Personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa. Exempelvis personer som lider av muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling eller personer som har KOL och ordinerats syrgas eller näringsdryck. Se bilaga 1 – <i>Beskrivning av tandvårdsstöden</i> för en fullständig förteckning över sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till stödet.	Personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Det kan till exempel handla om patienter som har Parkinsons sjukdom, multipel skleros (MS) eller långvariga symptom efter stroke. Se bilaga 1 – <i>Beskrivning av tandvårdsstöden</i> för en fullständig förteckning över sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till stödet. För att en persons funktionstillstånd ska anses leda till stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling ska hen ha en svår till fullständig funktionsnedsättning, strukturarvikelser eller aktivitetsbegränsning.	Personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som 1) kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, 2) får hälso- och sjukvård i hemmet, eller 3) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personerna i punkt 1 och 2 ovan.	Landstinget ska se till att nödvändig tandvård erbjuds samma patientgrupper som kan få uppsökande verksamhet.
Omfattning	Kan användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder.	Tandvård som främst bör syfta till att hålla munnen infektfri. Tandvård med fastsittande protetik ingår inte.	Består av en avgiftsfri munhalsbedömning som ska klarlägga behovet av munhygieninsatser samt preliminärt bedöma behovet av nödvändig tandvård. Den uppsökande verksamheten innebär även utbildning av vård- och omsorgspersonal.	Sådan tandvård som påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna ingår inte.
Ersättning till patienten	Maximalt 600 kronor per halvår (utbetalas till vårdgivaren).	Tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Patienten betalar för tandvården på samma sätt som hen betalar för sjukvård. Avgiften räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och ingår i sjukvårdens högkostnadsskydd.	Munhalsbedömningen är avgiftsfri för patienten.	Tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Patienten betalar för tandvården på samma sätt som hen betalar för sjukvård. Avgiften räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och ingår i sjukvårdens högkostnadsskydd.
Process för berättigande	I de flesta fall vänder sig patienten till hälso- och sjukvården och får ett läkarintyg på att hen har en sjukdom eller funktionsnedsättning som berättigar till stödet. Bedömningen av om patienten ska beviljas stödet görs av tandvården, genom kontroll av om patienten har föreskrivna intyg som visar att hen tillhör en ersättningsberättigad grupp.	Patienten vänder sig till hälso- och sjukvården för ett läkarintyg som styrker att patienten har någon av de sjukdomar eller funktionsnedsättningar som berättigar till stödet. Läkaren ska också göra en bedömning av patientens funktionstillstånd. Intyget skickas till den enhet i landstinget som ansvarar för tandvården, där beslut fattas om patienten har rätt till stödet.	Berättigande utgår från en bedömning av om personen omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (och uppfyller övriga kriterier för berättigande). Prövningen av personers behov av vård och omsorg görs ofta av kommunen, genom biståndsbedömning eller annan funktion. Den uppsökande verksamheten förutsätter därmed samarbete mellan kommun och landsting.	Processen för berättigande till nödvändig tandvård går till på samma sätt som för uppsökande verksamhet.
Finansiering	Staten finansierar stödet.	Landstingen finansierar stödet.	Landstingen finansierar stödet.	Landstingen finansierar stödet.
Kostnad	2013: 17 miljoner kronor (för alla åldrar).	2013: 16 miljoner kronor (för alla åldrar).	2013: 32 miljoner kronor (för alla åldrar).	2013: 593 miljoner kronor (för alla åldrar)

Källa: För information om källor hänvisas till bilaga 1 – *Beskrivning av tandvårdsstöden*.

verksamhet och nödvändig tandvård har funnits sedan 1999, när stöden ut till en begränsad del av den uppskattade målgruppen. Enbart omkring 40 procent av den uppskattade målgruppen använde nödvändig tandvård 2013. Genomslaget varierar dessutom över landet och mellan boendeformer. Det är särskilt svårt att nå äldre som bor kvar hemma.

Det bristande genomslaget för särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan delvis förklaras av att kunskapen och kännedomen om stöden enligt intervjupersoner är begränsad bland både patienter och vårdgivare. Detta beror förmodligen till viss del på att stöden är relativt nya, men också på att stöden upplevs som komplexa och administrativt krångliga. Det uppges vara svårt för patienterna att förstå hur tandvårdssystemet är uppbyggt, när och hur man kan bli berättigad till stöd och vart man ska vända sig vid frågor. Om man inte känner till att man är berättigad till stöden är sannolikheten liten att man efterfrågar dem i mötet med vården.

Processen för berättigande ställer krav på insatser från både hälso- och sjukvården och tandvården, men förutsättningarna för utförandet är bristfälliga. Det gör att vården många gånger misslyckas med att informera om stöden i patientmötet. Hälso- och sjukvården har en central roll eftersom patienterna generellt sett besöker sjukvården mer frekvent än tandvården. Samtidigt är läkare ovana vid att informera om munhälsa och tandvård i patientmötet. Tandvården träffar i regel dessa patienter med relativt långa tidsintervaller, vilket försvårar möjligheten för tandvården att informera om rätt stöd i rätt tid när hälsotillståndet försämras. Informationsansvaret för tandvårdsstöden upplevs dessutom som otydligt, vilket bidrar till det bristfälliga genomslaget.

Det begränsade och varierande genomslaget för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård kan förklaras av flera faktorer. För det första uppfattas kriterierna för berättigande i lagstiftningen som otydliga. De uppfattas ge ett stort tolkningsutrymme, vilket framför allt drabbar äldre som bor kvar hemma. Otydligheten skapar dessutom variationer över landet. För det andra så fungerar inte alltid samverkan mellan landstingen och kommunernas socialtjänst. Avsaknaden av vägledning som beskriver kommunernas och landstingens ansvar och roller kan göra rollfördelningen otydlig, vilket ökar risken för att erbjudande om stöd uteblir. För det tredje så förekommer det att upphandlingarna av den uppsökande verksamheten utformas på ett sådant sätt att det uppstår oönskade effekter i vissa avseenden. Upphandlingarnas utformning riskerar att leda till såväl överbehandling (framför allt för personer inom särskilt boende) och underbehandling (framför allt för personer i ordinärt boende).

I studien har också framkommit att det saknas en sammanhållen nationell kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård, vilket ökar risken för att äldre inte får den tandvård de behöver. Exempelvis finns inga nationella riktlinjer som är anpassade efter äldres tandvårdsbehov utifrån ett helhetsperspektiv, och det vetenskapliga kunskapsunderlaget som behandlar äldres munhälsa och tandvård är begränsat.

REKOMMENDATIONER FÖR ATT ÄLDRE I STÖRRE UTSTRÄCKNING SKA UPPNÅ OCH BIBEHÅLLA EN GOD MUNHÄLSA

Utifrån observerade utmaningar ger vi tre huvudsakliga rekommendationer. Rekommendationerna syftar till att ge äldre bättre förutsättningar att upprätthålla kontakten med tandvården samt uppnå och bibehålla en god munhälsa. För att åstadkomma resultat på kort sikt rekommenderar vi en rad förenklingar och förbättringar inom nuvarande system, såsom ett förtydligt och samlat informationsansvar. För att lösa problem av mer strukturell karaktär på längre sikt föreslår vi att regeringen utreder hur tandvårdsstöden kan förenklas och hur integrationen mellan tandvården och kommunernas äldreomsorg samt hälso- och sjukvården kan förbättras. Avslutningsvis rekommenderar vi att åtgärder vidtas för att stärka kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldretandvården.

► *Genomför åtgärder som på kort sikt gör att fler äldre får ta del av tandvårdsstöden på lika villkor*

Vi föreslår att ett antal förändringar genomförs för att äldre som uppfyller kriterierna för berättigande till tandvårdsstöden i högre utsträckning ska få ta del av dessa på lika villkor. Dels föreslår vi insatser för ökad kännedom och kunskap om stöden hos både patienter och vårdgivare, exempelvis ett förtydligt och samlat informationsansvar; dels föreslår vi att den aviserade utvärderingen av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning får i uppdrag att analysera aspekter som är särskilt relevanta utifrån ett patientperspektiv. Vi föreslår också att nationella styrdokument gällande uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård upprättas som tydliggör landstingens och kommunernas ansvar kopplat till stöden. Dessutom föreslår vi åtgärder för att förbättra upphandlingarna i syfte att minska ojämlikheterna i dagens system.



► *Utred hur tandvårdssystemet kan förbättras utifrån ett patient- och medborgarperspektiv*

Vi menar att det i ett längre perspektiv sannolikt behövs mer långtgående åtgärder än de som föreslagits ovan för att tandvårdsstöden ska fungera tillfredsställande för äldre. Vi föreslår därför en översyn som adresserar strukturella utmaningar i tandvårdssystemet ur ett patient- och medborgarperspektiv. Det handlar till exempel om att tandvårdsstöden är mycket komplexa vilket försvårar för patienter och berörda aktörer, och gör att stöden inte får önskat genomslag. Det handlar också om att utreda hur mun- och tandvård kan förstärkas inom äldreomsorgen, och hur tandvården och hälso- och sjukvården bättre kan integreras. Utifrån de äldres perspektiv finns skäl att stärka tandvården inom kommunernas äldreomsorg samt hälso- och sjukvården. Vi föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning av vissa nyckelfrågor ur ett patient- och medborgarperspektiv. Utredningen bör omfatta tre huvudsakliga frågeställningar: 1) Hur kan tandvårdsstöden förenklas ur ett patient- och medborgarperspektiv? 2) Hur kan mun- och tandvård förstärkas inom äldreomsorgen? och 3) Hur kan en närmare integrering mellan tandvården och hälso- och sjukvården uppnås?

► *Stärk kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldre-tandvården*

Kunskapen om äldres munhälsa och behov av tandvård är generellt sett begränsad. Kunskapen brister i hela vård- och omsorgskedjan – såväl inom tandvården, den kommunala äldreomsorgen som hälso- och sjukvården. Det finns inte heller någon tydlig nationell kunskapsstyrning inom området. Detta ökar risken för regionala variationer i utförd behandling. Vi föreslår därför åtgärder som syftar till att stärka kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldretandvården, och därigenom öka möjligheterna för äldre att få lämplig mun- och tandvård utifrån sina behov. En första konkret åtgärd är att den befintliga forskningen inom området sammanställs systematiskt, och att vårdnära forskning därefter stimuleras utifrån identifierade kunskapsluckor. Vi rekommenderar också utveckling av nationella kunskapsstyrningsdokument för äldres munhälsa och tandvård. Avslutningsvis föreslår vi att samarbetet på regional nivå mellan olika berörda aktörer utvecklas.

Innehåll

1 Äldre – en växande grupp med särskilda behov av tandvård 17

1.1 Allt bättre tandhälsa men ett ökat behov av tandvård.....	17
1.2 Äldre har en förhöjd risk för försämrade munhälsa.....	18
1.3 Oberoende, skör och beroende – olika faser i åldrandet som har betydelse för munhälsan	19
1.4 Samband mellan upplevd allmän hälsa, upplevd tandhälsa och tandvårdskonsumtion.....	20
1.5 Tandvård ska bidra till god tandhälsa och tandvård på lika villkor	21
1.6 Studiens syfte är att belysa hur tandvårdsstöden fungerar för äldre.....	31
1.7 Metod och ansats – en kombination av kvalitativ och kvantitativ analys	31
1.8 Rapportens disposition.....	32

Tandvårdsstöden når inte ut till äldre i tillräcklig omfattning 35

2.1 Särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning: bristande kunskap och omständlig administration	35
2.2 Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds äldre på olika villkor	49
2.3 Det saknas fungerande kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård.....	60
2.4 Praktiska exempel på verksamheten kring stöden i landsting och kommuner	66

3 Rekommendationer för att äldre i större utsträckning ska uppnå och bibehålla en god munhälsa.....	75
3.1 Genomför åtgärder som på kort sikt gör att fler äldre får ta del av tandvårdsstöden på lika villkor.....	75
3.2 Utred tandvårdssystemet ur ett patient- och medborgarperspektiv	83
3.3 Stärk kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldretandvården	88
4 Referenser	97
Bilagor	105
Bilaga 1 – Beskrivning av tandvårdsstöden	105
Bilaga 2 – Metodbeskrivning	116

Äldre – en växande grupp med särskilda behov av tandvård

1.1 ALLT BÄTTRE TANDHÄLSA MEN ETT ÖKAT BEHOV AV TANDVÅRD

Att åldras är en del av livet och innebär för många människor en förändrad tillvaro. Ålderdom påverkar hälsan såväl fysiskt som psykiskt och risken för sjukdomar ökar. Detta gäller också för mun- och tandhälsan (Landstinget Östergötland 2014, Tideström 2015, Västra Götalandsregionen 2013). Förändringarna kan också innebära ökade behov av sjukvård, omsorg, och inte minst av tandvård (Dahlin Ivanoff 2013, Västra Götalandsregionen 2013). Det är centralt att äldre i rätt tid ges rätt stöd efter behov.

Dagens äldre har i allmänhet en bättre tandhälsa än tidigare generationer. Tack vare ett aktivt förebyggande arbete och sjukdomsbehandling har fler äldre kvar sina egna tänder jämfört med bara för tjugo år sedan (Landstinget Östergötland 2014, Holmén m.fl. 2011). Andelen tandlösa i åldersgruppen 75 till 84 år har minskat från 60 till 22 procent mellan 1980 och 2002 (Socialstyrelsen 2009a). Den totala tandlösheten har också minskat till följd av en teknologisk utveckling som möjliggjort att implantat kan ersätta tappade tänder (Landstinget Östergötland 2014). Utvecklingen ska förstås ses som positiv. Samtidigt ställer denna utveckling nya och i viss mån ökade krav på tandvården. Äldre har en förhöjd risk att drabbas av olika tandsjukdomar såsom karies och parodontit (inflammation i tandens fäste). Många av de äldres tänder är dessutom lagade sedan tidigare – något som ökar behovet av olika underhållande ingrepp. Av de tandfyllningar och tandkronor som utfördes inom tandvården i befolkningen som helhet 2011 var 73 procent restaurativa åtgärder, det vill säga de utfördes på grund av sekundärkaries (karies i anslutning till en tidigare fyllning eller krona) eller att en tidigare

fyllning gått sönder (Socialstyrelsen 2013b). En stor majoritet av de fyllningar och kronor som utförs görs alltså på en tidigare reparerad tand. Fenomenet att ju fler tänder de äldre har kvar desto mer ökar behovet av tandvård brukar kallas för *tandvårdsparadoxen* (SOU 2007:19).

Både andelen och antalet äldre individer ökar i stadig takt. År 2013 var 19 procent av befolkningen 65 år eller äldre. För hundra år sedan var motsvarande andel 8 procent. (SCB 2014a) Denna demografiska utveckling förväntas fortsätta. Statistiska Centralbyråns prognos är att andelen äldre (65 år eller äldre) kommer att öka med 30 procent fram till 2030, till 2,3 miljoner (SCB 2012b). År 2060 beräknas antalet personer över 65 år att vara 2,7 miljoner, och utgöra 25 procent av befolkningen (SCB 2009).

1.2 ÄLDRE HAR EN FÖRHÖJD RISK FÖR FÖRSÄMRAD MUNHÄLSA

Gruppen äldre består av ett stort antal unika individer. Många, framför allt i de yngre åldersspannen, är friska, aktiva och förvärvsarbetar långt upp i pensionsåldern. Samtidigt är en stor andel äldre, särskilt i de högre åldersspannen, sjuka, har olika typer av funktionsnedsättningar och är beroende av omsorg. Som exempel kan nämnas att 85 procent av alla personer 65 år eller äldre har minst en kronisk sjukdom (Vårdanalys 2014).

Trots att alla äldre har olika förutsättningar finns det några mer generella och kritiska faktorer för äldre som är viktiga att beakta när man diskuterar tandvård och munhälsa. Gruppen har en förhöjd risk för vissa kroniska sjukdomar, de tar i högre utsträckning ett stort antal läkemedel som kan medföra muntorrhet och den fysiska funktionsförmågan blir ofta successivt sämre (Bäckman m.fl. 2011, Hagman Gustavsson m.fl. 2012, Västra Götalandsregionen 2013). Givet att åldrande innebär pensionering har äldre i allmänhet en lägre inkomst i relation till den övriga befolkningen. Detta gäller i synnerhet för äldre kvinnor samt utrikes födda personer som har kommit till Sverige relativt sent i livet, då dessa grupper i regel inte har förvärvsarbetat i samma utsträckning (RPG och SKPF 2013, SCB 2012a, 2014c).

De ovan nämnda faktorerna påverkar förutsättningarna för en god munhälsa. Nedsatt funktionsförmåga och bristande ork kan exempelvis utgöra hinder för att kunna sköta sin dagliga munhygien eller regelbundet besöka tandvården (Tronje Hansson m.fl. 2013, Komulainen m.fl. 2012). En låg inkomst kan göra att tandvårdsbesök uppfattas som alltför dyrt (Försäkringskassan 2012).

En försämrad mun- och tandhälsa kan kopplas till individens allmänna hälsotillstånd och välbefinnande. Dåliga tänder kan till exempel medföra

en försämrad tuggförmåga som på sikt kan leda till nutritionsproblem. Det finns också samband mellan bristande munhälsa och vissa sjukdomar och sjukdomstillstånd, såsom lunginflammation och hjärt- och kärlsjukdomar. Även den äldres psykosociala tillstånd kan påverkas av en dålig munhälsa; exempel är dålig andedräkt samt talsvårigheter till följd av tandluckor eller proteser. (Juslin och Nordenram 2007, SBU 2010, Hagman Gustavsson m.fl. 2012, Tronje Hansson m.fl. 2013, Landstinget Östergötland 2014, Socialstyrelsen 2014)

1.3 OBEROENDE, SKÖR OCH BEROENDE – OLIKA FASER I ÄLDRADET SOM HAR BETYDELSE FÖR MUNHÄLSAN

För att beskriva äldres utveckling kan man dela in den i faserna *oberoende*, *sköra* och *beroende äldre* (Tronje Hansson m.fl. 2013). De olika faserna kopplar tydligt till förutsättningarna för en god tandhälsa. Med *oberoende äldre* avses självständiga personer som klarar av att hantera sin vardag helt utan olika typer av stöd från omgivningen. *Sköra äldre* befinner sig i en övergångsfas, det vill säga en period där individen går från att vara fullständigt oberoende till att stegvis bli alltmer beroende av andra för att klara sin dagliga tillvaro. Många sköra äldre får därför stöd av anhöriga eller från hemtjänsten för att det vardagliga livet ska fungera. Det är vanligt att sköra äldre behandlas med flera olika läkemedel som ökar risken för muntorrhet (Landstinget Östergötland 2014). *Beroende äldre* är i stället helt eller till stora delar beroende av omgivningens stöd (Tronje Hansson m.fl. 2013).

Det kan enligt intervjuade personer vara svårt att definiera vilken fas den äldre befinner sig i. Individens övergång mellan faserna sker inte nödvändigtvis stegvis, det vill säga att en person alltid först går från oberoende till sköra, och sedan från sköra och till beroende. Det förekommer att en äldre går direkt från att vara oberoende till beroende, till exempel till följd av en akut sjukdom. Det förekommer också att äldre stärks i sin egen förmåga och går från att vara beroende till sköra, eller från sköra till oberoende.

Beroende på vilken fas den äldre befinner sig i kan hen ha rätt till, och ett särskilt behov av, olika tandvårdsstöd. Studier visar att risken för försämrad munhygien och därmed också munhälsa ökar i takt med att den äldre går från att vara oberoende, till sköra och till beroende. Studier och erfarenhet visar också att det är vanligt att äldre som befinner sig i den sköra fasen förlorar sin regelbundna tandvårdskontakt. (Tronje Hansson m.fl. 2013, Landstinget Östergötland 2014, Västra Götalandsregionen 2013)



1.4 SAMBAND MELLAN UPPLEVD ALLMÄN HÄLSA, UPPLEVD TANDHÄLSA OCH TANDVÅRDSKONSUMTION

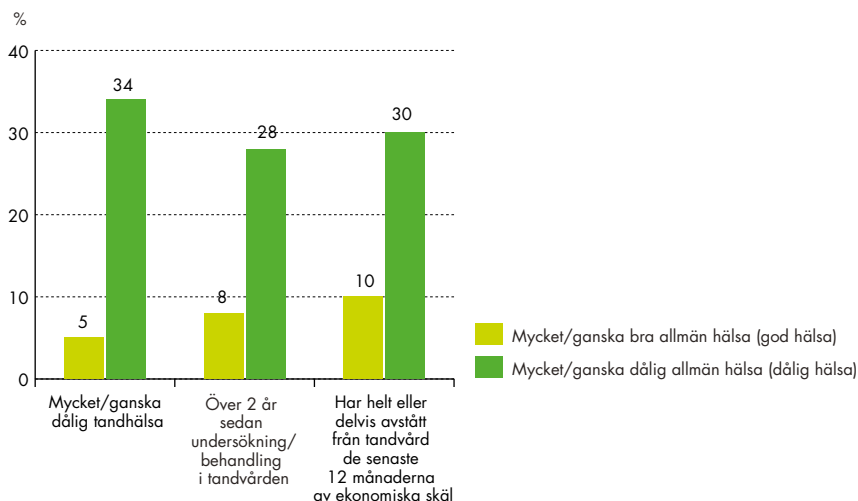
Sköra och beroende äldre har en nedsatt hälsa i jämförelse med äldre som är i den oberoende fasen (Tronje Hansson m.fl. 2013, Landstinget Östergötland 2014). Med tanke på att det finns en nära koppling mellan allmän hälsa och munhälsa, är det relevant att titta närmare på äldre som uppger att de har en bristande allmän hälsa utifrån ett munhälsoperspektiv. År 2010 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning om den vuxna befolkningens tandhälsa, *Den vuxna befolkningens tandhälsa*. Enkäten skickades ut till totalt 8 400 individer över 20 år, som fick svara på frågor om bland annat tandvårdsbesöksfrekvens, upplevd tandhälsa, upplevd allmän hälsa och kännedom om tandvårdsstöd. Totalt svarade 5 065 personer varav 2 393 var 65 år eller äldre. Delar av resultatet från undersökningen presenterades i Socialstyrelsens lägesrapport *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst år 2012*.

Totalt 675 personer som var 65 år eller äldre när undersökningen genomfördes uppgav att de hade en mycket eller ganska bra allmän hälsa. Motsvarande antal för de i samma åldersgrupp som i stället svarade att de hade mycket eller ganska dålig allmän hälsa var 260. För att få en tydligare bild av eventuella skillnader i tandvårdskonsumtion och munhälsa mellan grupperna som skattar sin hälsa som mycket/ganska bra (nedan kallad god hälsa) och mycket/ganska dålig (nedan kallad dålig hälsa) genomförde Socialstyrelsen en fördjupad analys på Vårdanalys uppdrag.

Resultaten visar att äldre med dålig hälsa i högre utsträckning uppgav att de också hade en mycket eller ganska dålig tandhälsa (34 procent), jämfört med äldre med god allmän hälsa (5 procent). Det var vidare en större andel av de äldre med dålig hälsa som gjort sitt senaste tandvårdsbesök för mer än två år sedan, jämfört med äldre med god hälsa (28 procent respektive 8 procent). Enligt undersökningen var det också en större andel av de äldre med dålig allmän hälsa som uppgav att de helt eller delvis hade tvingats avstå från tandvård de senaste tolv månaderna av ekonomiska skäl (30 procent). Detta i jämförelse med äldre med god allmän hälsa där 10 procent avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Resultatet synliggörs i figur 1 nedan.

Då de undersökta grupperna är relativt små (675 respektive 260 individer) ska utfallet tolkas med försiktighet. Samtidigt är resultatet ändå en tydlig indikation på att det finns samband mellan allmänt hälsotillstånd, tandhälsa och tandvårdskonsumtion.

Figur 1. Skillnader i enkätutfall för personer 65 år eller äldre som uppger att de har god respektive dålig allmän hälsa.



Källa: Socialstyrelsens enkät Den vuxna befolkningens tandhälsa 2010.

1.5 TANDVÅRD SKA BIDRA TILL GOD TANDHÄLSA OCH TANDVÅRD PÅ LIKA VILLKOR

Tandvård innebär enligt tandvårdslagen (1985:125) åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar i munhålan. Målet med svensk tandvård är att den ska bidra till god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (1 kap. 2 § tandvårdslagen). Vården ska enligt lagen bedrivas utifrån kravet på god tandvård vilket betyder att den ska: vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder; tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen; vara lättillgänglig; bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen (1 kap. 1–3 §§ tandvårdslagen).

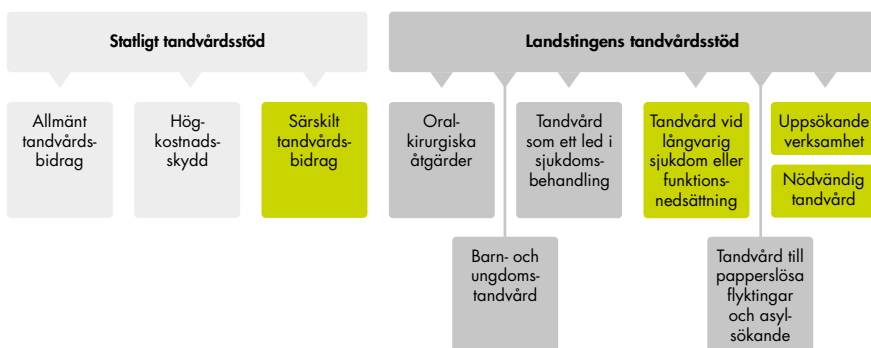
Landstingen har ansvar för att erbjuda tandvård. Tandvården finansieras dock av staten, landstingen och konsumenterna (via patientavgifter). Finansieringen inom tandvården skiljer sig i hög grad från finansieringen inom hälso- och sjukvården och samhällskostnaden för tandvård är låg i relation till kostnaderna för hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2011b). Organisatoriskt sett är tandvården uppdelad mellan offentliga och privata utförare, och vården som landstingen själva bedriver benämns

som folktandvård. År 2013 arbetade knappt hälften av tandläkarna och tandhygienisterna i privat verksamhet (Socialstyrelsen 2013c).

Tandvårdssystemet har byggts ut i etapper. Först genom inrättandet av folktandvården år 1938 och sedan bland annat genom införandet av en allmän tandvårdsförsäkring år 1974. En viktig förändring i systemet var avregleringen av tandvårdsmarknaden år 1999 (prop. 1997/98:112). I samband med detta infördes även etableringsfrihet. Samma år infördes också två tandvårdsstöd som omfattar äldre: uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård (prop. 1997/98:112 s. 1–2, 29). De senaste åren har andra ekonomiska stöd inrättats och dessa brukar benämnas som olika steg. År 2008 infördes en omfattande tandvårdsreform vars mål var att personer med inga eller små tandvårdsbehov ska bibehålla en god tandhälsa, samt göra det möjligt för de med omfattande tandvårdsbehov att få vård till en rimlig kostnad (prop. 2007/08:49 s. 44). Reformen omfattade i första steget ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och i andra steget en tandvårdsersättning som skydd mot höga kostnader (högkostnads-skydd) (Ds 2010:42 s. 46–47). År 2013 infördes det tredje steget som utgjordes av ett särskilt tandvårdsbidrag samt tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (prop. 2007/08:49, s. 27, 130, prop. 2011/12:7, s. 15–54).

I dag finns inom tandvårdssystemet ett flertal olika tandvårdsstöd finansierade av stat eller landsting.

Figur 2. Översikt av tandvårdsstöden (grönmarkerade stöd är fokus för denna studie).



Källa: TLV 2014 s. 12 (Vårdanalys bearbetning), Socialstyrelsen 2015b.

Regelbundna tandvårdsbesök och tandvårdskontakt är viktiga förutsättningar för en god tandhälsa (Grönbeck-Lindén 2014, Västra Götalandsregionen 2013, Tronje Hansson m.fl. 2013). Socialstyrelsen har exempelvis visat att grupper med en begränsad tandvårdsbesöksfrekvens, med mindre än ett besök vartannat år, har större risk för tandhälsoproblem i jämförelse med grupper som besöker tandvården oftare (Socialstyrelsen 2009b).

Det finns indikationer på att ATB och högkostnadsskyddet inte fått fullt genomslag och därmed inte önskad effekt. Riksrevisionen pekade i sin granskning på att besöksfrekvensen i tandvården enbart har ökat i liten utsträckning sedan stöden infördes. Det finns enligt Riksrevisionen fortfarande grupper som avstår från att besöka tandvården till följd av att det anses vara för dyrt. Inom denna grupp återfinns personer med låg inkomst och dålig tandhälsa. Denna grupp är också överrepresenterad bland de som har en låg besöksfrekvens i tandvården. (Riksrevisionen 2012, Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2006) I en artikel i Tandläkartidningen framgår det att var femte höginkomsttagare har nyttjat högkostnadsskyddet, mot var tionde låginkomsttagare (Hugo 2013). Det pågår för närvarande en statlig utredning som utvärderar 2008 års tandvårdsreform (kommittédirektiv 2014:28). Utredningen har bland annat i uppgift att analysera besöksfrekvensen inom olika grupper. Ett slutbetänkande lämnas i augusti 2015.

Det finns flera tandvårdsstöd som är särskilt aktuella för äldre

Det finns flera tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda mun- och tandvårdsbehov. Det rör sig till exempel om individer som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa (2 kap. 1 a § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd). Vissa av dessa specifika tandvårdsstöd är särskilt relevanta för gruppen äldre. Några av stöden utfärdas på basis av vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som är relativt vanliga bland äldre, medan andra riktar sig till personer med stort vård- och omsorgsbehov. Stöd som bedöms vara särskilt aktuella för äldre är *särskilt tandvårdsbidrag, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, uppsökande verksamhet* och *nödvändig tandvård*. Nedan redogörs kortfattat för de olika tandvårdsstöden.



Särskilt tandvårdsbidrag

Det särskilda tandvårdsbidraget infördes i januari 2013 och får användas av patienter som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för en försämrad tandhälsa (2 kap. 1 a § lagen om statligt tandvårdsstöd, prop. 2011/12:7 s. 24 ff). Målet med det särskilda tandvårdsbidraget är att ”uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas” (prop. 2011/12:7 s. 25). Det kan till exempel gälla för personer som lider av muntorrhet till följd av en långvarig läkemedelsbehandling, eller personer som har kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och har ordinerats syrgas eller näringsdryck (4 a § st. 1 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd). Dessa patienter har ett förstärkt behov av regelbunden förebyggande tandvård med kortare intervall (prop. 2011/12:7 s. 27). Det särskilda tandvårdsbidraget uppgår till 600 kronor per halvår och ska användas för förebyggande tandvård (2 kap 1 a § st. 1 lagen om statligt tandvårdsstöd).

Patientexempel – Mona beviljas särskilt tandvårdsbidrag

Mona är 72 år och fick nyligen diagnosen KOL. Mona har ordinerats näringsdryck. När Mona var hos tandläkaren fick hon veta att hon på grund av detta har rätt till särskilt tandvårdsbidrag, och att hon med detta stöd kan få tandvård för upp till 1 200 kronor per år. Tandläkaren berättade för Mona att hon behöver ett läkarintyg för att hon ska få ta del av stödet, och hänvisade därför till Monas ordinarie läkarkontakt. Mona hade redan ett läkarbesök inbokat veckan därpå. Hon bad vid besöket om ett läkarintyg för det särskilda tandvårdsbidraget. Läkaren fyllde då i den särskilda intygsmall som Socialstyrelsen tagit fram och Mona fick betala 380 kronor för intyget. Några veckor senare återvände Mona till tandläkaren och hade då med sig läkarintyget. Tandläkaren konstaterade att Monas intyg visar att hon tillhör en ersättningsberättigad grupp och att hon därför är berättigad till särskilt tandvårdsbidrag. Mona behövde därför inte själv betala fullt pris (600 kronor drogs av för besöket). Efter Monas besök registrerade tandläkaren alla Monas uppgifter i Försäkringskassans system och fick ersättning för besöket. Några månader senare gjorde Försäkringskassan en efterhandskontroll där de gick igenom alla Monas underlag och uppgifter som tandläkaren registrerat. Allt visade sig vara i sin ordning. Mona besökte tandläkaren en gång till under året och fick då ytterligare 600 kronors avdrag på kostnaderna för sin behandling.

Tabell 2. Översikt särskilt tandvårdsbidrag.

Särskilt tandvårdsbidrag	
Bakgrund	Infördes 1 januari 2013.
Målgrupp	Personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa. Exempelvis personer som lider av muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling eller personer som har KOL och ordinerats syrgas eller näringsdryck. Se bilaga 1 – <i>Beskrivning av tandvårdsstöden</i> för en fullständig förteckning över sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till stödet.
Omfattning	Kan användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder.
Ersättning till patienten	Maximalt 600 kronor per halvår (utbetalas till vårdgivaren).
Process för berättigande	I de flesta fall vänder sig patienten till hälso- och sjukvården och får ett läkarintyg på att hen har en sjukdom eller funktionsnedsättning som berättigar till stödet. Bedömningen av om patienten ska beviljas stödet görs av tandvården, genom kontroll av om patienten har föreskrivna intyg som visar att hen tillhör en ersättningsberättigad grupp.
Finansiering	Staten finansierar stödet.
Kostnad	2013: 17 miljoner kronor (för alla åldrar).

Källa: För information om källor hänvisas till bilaga 1 – *Beskrivning av tandvårdsstöden*.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes i januari 2013. Tandvård för personer som har stora behov av tandvård på grund av svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar omfattas av bestämmelserna om hälso- och sjukvårdsavgift (3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338), 8 a § st. 3 p. 2 samt 15 a § st. 6 tandvårdslagen). Det kan till exempel handla om patienter som har Parkinsons sjukdom, multipel skleros (MS) eller långvariga symptom efter stroke (3 a § tandvårdsförordningen). Stödet ska bidra till att det inte uppstår nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter (prop. 2011/12:7 s. 49). Denna typ av tandvård ges därför till hälso- och sjukvårdsavgift. För dessa målgrupper är det centralt att munnen är infektionsfri, och därför syftar den tandvård som omfattas av stödet just till detta (prop. 2011/12:7 s. 49). Behandling med fastsittande protetik ingår inte inom ramen för detta tandvårdsstöd (3 a § st. 3 tandvårdsförordningen).



Patientexempel – Kurt beviljas tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Kurt är 77 år gammal och var fram till förra året helt frisk. För åtta månader sedan drabbades Kurt av en stroke och har sedan dess haft omfattande funktionsnedsättningar. Kurt har svårt att röra sig och halva ansiktet är förlamat. Han kan inte öppna munnen ordentligt och händerna skakar. På grund av sina symptom har Kurt inte kunnat sköta sin mun och sina tänder som vanligt. Han kan inte längre borsta tänderna eller använda tandtråd på samma sätt som han gjort under en stor del av sitt liv. På grund av sin stroke och sina symptom har Kurt regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården. I samband med ett läkarbesök fick Kurt reda på att han har rätt till tandvård vid långvarig sjukdom och funktionsnedsättning, det vill säga tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Kurts läkare fyller därför i den intygsblankett som Socialstyrelsen har tagit fram och bekräftar därmed att Kurt lider av symptom efter sin stroke som gör att han har svårt att sköta sin munhygien. Kurt får betala 400 kronor för intyget. Läkaren skickar sedan vidare intyget till landstingets tandvårdsenhet som beviljar tandvårdsstödet. Landstinget skickar därefter ett särskilt kort till Kurt. Kortet ska visas upp i samband med att han besöker sin tandläkare. Kurts fru bokar omgående in ett tandläkarbesök åt honom och följer sedan med till tandläkaren. Hon berättar då för tandläkaren att Kurt har beviljats tandvård vid långvarig sjukdom och funktionsnedsättning. Kurt har också med sig sitt frikort och behöver därför inte betala något alls för tandvårdsbesöket.

Tabell 3. Översikt tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	
Bakgrund	Infördes 1 januari 2013.
Målgrupp	Personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Det kan till exempel handla om patienter som har Parkinsons sjukdom, multipel skleros (MS) eller långvariga symptom efter stroke. Se bilaga 1 – <i>Beskrivning av tandvårdsstöden</i> för en fullständig förteckning över sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till stödet. För att en persons funktionstillstånd ska anses leda till stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling ska hen ha en svår till fullständig funktionsnedsättning, strukturavvikelse eller aktivitetsbegränsning.
Omfattning	Tandvård som främst bör syfta till att hålla munnen infektionsfri. Tandvård med fastsittande protetik ingår inte.
Ersättning till patienten	Tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Patienten betalar för tandvården på samma sätt som hen betalar för sjukvård. Avgiften räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och ingår i sjukvårdens högkostnadsskydd.
Process för berättigande	Patienten vänder sig till hälso- och sjukvården för ett läkarintyg som styrker att patienten har någon av de sjukdomar eller funktionsnedsättningar som berättigar till stödet. Läkaren ska också göra en bedömning av patientens funktionstillstånd. Intyget skickas till den enhet i landstinget som ansvarar för tandvården, där beslut fattas om patienten har rätt till stödet.
Finansiering	Landstingen finansierar stödet.
Kostnad	2013: 16 miljoner kronor (för alla åldrar).

Källa: För information om källor hänvisas till bilaga 1 – *Beskrivning av tandvårdsstöden*.

Uppsökande verksamhet

Sedan år 1999 ska landstingen erbjuda personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser så kallad uppsökande verksamhet, om de uppfyller övriga krav för berättigande (8 a § tandvårdslagen). Den uppsökande verksamheten består av en avgiftsfri munhälsobedömning som ska klarlägga behovet av munhygieninsatser samt preliminärt bedöma behovet av nödvändig tandvård (8 § st. 3 tandvårdsförordningen). Utbildning av vård- och omsorgspersonal ingår som en del i den uppsökande verksamheten. Målsättningen är att personalen ska få rätt kompetens för att sköta brukarens munvård på bästa sätt och lära sig att tolka symptom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser (prop. 2011/12:7 s. 19).

Patientexempel – Birgitta beviljas uppsökande verksamhet

Birgitta är 87 år gammal och bor sedan länge ensam hemma i en lägenhet. Birgittas dotter Anna har noterat att Birgitta plötsligt har blivit sämre och att hon behöver mer och mer hjälp med att sköta vardagen. Birgitta har till exempel börjat glömma bort saker och det har blivit allt svårare för henne att sköta sin personliga hygien. Anna kontaktar därför den kommunala hemtjänsten och berättar om läget. Birgitta får ganska snabbt en tid med kommunens biståndsbedömare för att fastställa om hon behöver dagligt stöd från hemtjänsten. Under biståndsbedömningen konstateras att Birgitta har ett omfattande omsorgsbehov. Biståndsbedömaren konstaterar att Birgitta behöver tillsyn flera gånger per dag. Biståndsbedömaren informerar även Birgitta och Anna om att Birgitta kan få avgiftsfri uppsökande verksamhet, det vill säga att en tandhygienist eller tandläkare vars verksamhet har upphandlats av landstinget kan besöka Birgitta i hemmet och genomföra en munhälsobedömning. Detta tackar Birgitta med Annas hjälp ja till. Biståndsbedömaren kontaktar sedan landstingets tandvårdsenhet. En tid senare skickas ett brev hem till Birgitta där det framgår att en tandhygienist kommer att komma på besök. Anna, som tar hand om Birgittas post, pratar med sin mamma och berättar om det kommande besöket. Några veckor senare och på utsatt tid, besöker tandhygienisten Birgitta. Tandhygienisten förklarar efter bedömningen att Birgitta behöver laga några tänder som har drabbats av kariesangrepp. Dessutom bokar hygienisten in tid för att utbilda hemtjänstpersonalen, som nu kommer att besöka Birgitta varje dag, om vilken typ av regelbunden munvård Birgitta behöver.



Tabell 4. Översikt uppsökande verksamhet.

Uppsökande verksamhet	
Bakgrund	Infördes 1 januari 1999.
Målgrupp	Personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som 1) kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, 2) får hälso- och sjukvård i hemmet, eller 3) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personerna i punkt 1 och 2 ovan.
Omfattning	Består av en avgiftsfri munhälsobedömning som ska klarlägga behovet av munhygieninsatser samt preliminärt bedöma behovet av nödvändig tandvård. Den uppsökande verksamheten innebär även utbildning av vård- och omsorgspersonal.
Ersättning till patienten	Munhälsobedömningen är avgiftsfri för patienten.
Process för berättigande	Berättigande utgår från en bedömning av om personen omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (och uppfyller övriga kriterier för berättigande). Prövningen av personers behov av vård och omsorg görs ofta av kommunen, genom biståndsbedömare eller annan funktion. Den uppsökande verksamheten förutsätter därmed samarbete mellan kommun och landsting.
Finansiering	Landstingen finansierar stödet.
Kostnad	2013: 32 miljoner kronor (för alla åldrar).

Källa: För information om källor hänvisas till bilaga 1 – Beskrivning av tandvårdsstöden.

Nödvändig tandvård

Samma målgrupp som har rätt till uppsökande verksamhet är sedan år 1999 även berättigad till nödvändig tandvård (8 a § tandvårdslagen). Nödvändig tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift och ska präglas av en helhetssyn på patientens livssituation och allmäntillstånd (9 § tandvårdsförordningen, prop. 2011/12:7 s. 19). Den nödvändiga tandvården ska medverka till en väsentlig förbättring av livskvaliteten (prop 2011:12:7 s. 30). Tandvården ska förbättra förmågan att äta eller tala, och val av behandling ska utgå från ett kostnadseffektivitetsperspektiv (9 § tandvårdsförordningen). I nödvändig tandvård ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna. Om patientens tillstånd inte tillåter någon omfattande behandling ska insatserna i stället inriktas på att motverka smärta och obehag, exempelvis genom att hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen (9 § tandvårdsförordningen). Undersökningar, förebyggande åtgärder, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling med mera är behandlingar som ingår i den nödvändiga tandvården (prop. 2011/12:7 s. 19–20).

Patientexempel – Asta beviljas nödvändig tandvård

Asta är 84 år och har under lång tid haft problem med hälsan. Den senaste tiden har hon blivit allt sämre och nu har hon en långt gången demens. Hon har svårt att klara sin vardag själv och får stöd från både sin son och från den kommunala hemtjänsten. Det var längesedan Asta träffade kommunens biståndshandläggare första gången. Nu ska en ny biståndsbedömning göras utifrån Aastas förändrade behov. Biståndshandläggaren konstaterar under mötet att Asta på grund av sina stora omsorgsbehov behöver en plats på särskilt boende i kommunen. Samtidigt berättar biståndsbedömaren för Asta och hennes son att Asta därför kan få uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård som innebär att tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Biståndshandläggaren berättar om stödet och meddelar Asta och hennes son om att hon kommer att ansöka om ett intyg för nödvändig tandvård hos landstingets tandvårdsenhet. Några veckor efter biståndsbedömningen flyttar Asta in på det särskilda boendet och hon besöks senare av en tandhygienist som genomför en munhälsobedömning. Tandhygienisten konstaterar att Asta har stora behov av tandvård och att hon därför inom kort borde besöka tandläkare. Tandhygienisten frågar personalen på boendet om Asta har en tandläkare som hon brukar gå till. Personalen har fått veta från Aastas son att hon har en etablerad tandvårdskontakt och de bokar därför en tid för behandling.

Tabell 5. Översikt nödvändig tandvård.

Nödvändig tandvård	
Bakgrund	Infördes 1 januari 1999.
Målgrupp	Landstinget ska se till att nödvändig tandvård erbjuds samma patientgrupper som kan få uppsökande verksamhet
Omfattning	Sådan tandvård som påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna ingår inte.
Ersättning till patienten	Tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Patienten betalar för tandvården på samma sätt som hen betalar för sjukvård. Avgiften räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och ingår i sjukvårdens högkostnads skydd.
Process för berättigande	Processen för berättigande till nödvändig tandvård går till på samma sätt som för uppsökande verksamhet.
Finansiering	Landstingen finansierar stödet.
Kostnad	2013: 593 miljoner kronor (för alla åldrar)

Källa: För information om källor hänvisas till bilaga 1 – Beskrivning av tandvårdsstöden.

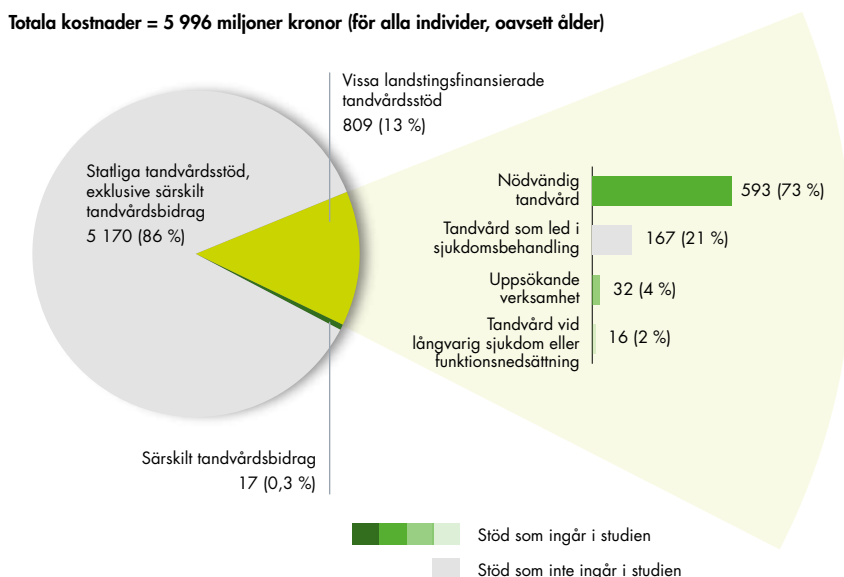


Kostnader för tandvårdsstöden

Kostnaderna för de statliga och vissa av de landstingsfinansierade tandvårdsstöden uppgick år 2013 till närmare sex miljarder kronor, exklusive förvaltningskostnader. De statliga tandvårdsstöden stod för 86 procent av kostnaderna och de landstingsfinansierade stöden för 13 procent (exklusive kostnader för Region Skåne och exklusive oralkirurgiska åtgärder, barn- och ungdomstandvård samt tandvård till papperslösa flyktingar och asylsökande i samtliga landsting till följd av att aktuell uppföljning saknas) (prop. 2014/15:1 utgiftsområde 9 s. 40, SKL 2014). Under 2013 utbetalades cirka 17 miljoner kronor i särskilt tandvårdsbidrag.

Av de landstingsfinansierade stöden stod den nödvändiga tandvården för merparten av kostnaderna år 2013, närmare 600 miljoner kronor, vilket motsvarade 73 procent. Kostnaderna för den uppsökande verksamheten var betydligt lägre, totalt cirka 32 miljoner kronor, vilket motsvarade cirka 4 procent. Inom den uppsökande verksamheten var kostnaderna för munhälsobedömning 28 miljoner kronor och munvårdsutbildning 4 miljoner kronor. Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning stod också för en liten andel av kostnaderna, 16 miljoner kronor, vilket motsvarade cirka 2 procent. (SKL 2014)

Figur 3. Kostnader för tandvårdsstöden, 2013.



Källa: Prop. 2014/15:1 utgiftsområde 9 s. 40, SKL 2014.

1.6 STUDIENS SYFTE ÄR ATT BELYSA HUR TANDVÅRDSSTÖDEN FUNGERAR FÖR ÄLDRE

Rapporter har pekat på att tandvårdsstöden inte fungerar optimalt för de äldre. Det finns indikationer på att stöden inte når ut till målgruppen i avsedd utsträckning och olika brister i tandvårdsstödens utformning och tillämpning har identifierats (se till exempel Juslin och Nordenram 2007, PwC 2014, SKL 2010, 2011, 2012, 2014, Socialstyrelsen 2006, Tronje Hansson m.fl. 2013). Det kan antas att det är angeläget att tandvårdsstöden fungerar som det är tänkt, då stöden delvis är utformade för att stimulera en regelbunden tandvårdskontakt. Att besöka tandvården regelbundet ses som betydelsefullt för en god munhälsa (Socialstyrelsen 2009b, 2014). En försämrad munhälsa kan påverka den allmänna hälsan negativt och innebära stort lidande och höga kostnader för den enskilda individen. Det är också förenat med stora samhällsekonomiska kostnader, särskilt när munhälsan försumrats under lång tid. (Gabre och Wårdh 2011, Tronje Hansson m.fl. 2013, Socialstyrelsen 2014)

Mot denna bakgrund valde Vårdanalys att initiera en studie med syftet att belysa och analysera hur tandvårdsstödens utformning och tillämpning fungerar för målgruppen äldre (personer 65 år eller äldre). Utifrån analysen identifierar vi utvecklingsområden kopplade till de specifika tandvårdsstöden. Vi ger också förslag på hur tandvårdsstöden kan förbättras i syfte att äldre ska upprätthålla kontakten med tandvården samt uppnå och bibehålla en god munhälsa.

1.7 METOD OCH ANSATS – EN KOMBINATION AV KVALITATIV OCH KVANTITATIV ANALYS

För att uppnå syftet med studien identifierades tre övergripande frågeställningar:

1. I vilken utsträckning når tandvårdsstöden de äldre som är berättigade till stöd?
2. Hur fungerar utformningen och tillämpningen av tandvårdsstöden för äldre?
3. Vilka förändringar vad gäller tandvårdsstödens utformning och tillämpning behövs för att äldre ska upprätthålla kontakten med tandvården samt uppnå och bibehålla god munhälsa?



För att besvara frågeställningarna har vi använt oss av en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder. I ett första steg analyserades stödets genomslag utifrån Socialstyrelsens tandhälsoregister samt landstingens inrapporteringar till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att identifiera utvecklingsområden och förslag på förbättringar i tandvårdsstödens utformning och tillämpning genomfördes en litteraturstudie och intervjuer med 27 personer från akademien, professionen (tandläkare och tandhygienister), myndigheter och patient- och pensionärsorganisationer. Intervjuerna syftade till att öka kunskapen och förståelsen för hur tandvårdsstöden fungerar för äldre. Avslutningsvis genomfördes djupintervjuer i två landsting och två kommuner för att få en större förståelse för hur stöden fungerar i praktiken. Intervjuerna genomfördes i ett landsting och en region samt i en kommun inom respektive landsting/region. Syftet med dessa intervjuer var att beskriva praktiska arbetssätt och rutiner kopplade till tandvårdsstöden, och att jämföra vad landsting/region respektive kommuner upplever fungerar väl och vad som är utmanande. Totalt intervjuades 20 personer i landsting och kommuner.

I rapporten används begreppet landsting för såväl landsting som regioner.

I bilaga 2 *Metodbeskrivning* ges en mer detaljerad redogörelse av våra valda metoder.

1.8 RAPPORTENS DISPOSITION

Kapitel 2 innehåller en redovisning av våra observerade utmaningar. Inledningsvis presenteras resultaten för särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, följt av resultaten för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Resultaten baseras på genomförda analyser av kvantitativ och kvalitativ data. Avslutningsvis redovisas resultatet från våra djupintervjuer med landstings- och kommunföreträdare, för att ge exempel på hur arbetssätt och rutiner kopplade till stöden fungerar i praktiken på regional och kommunal nivå. I kapitel 2 besvaras frågeställning 1–2.

Kapitel 3 innehåller våra rekommendationer för hur tandvårdsstöden kan förbättras för att äldre ska upprätthålla kontakten med tandvården samt uppnå och bibehålla en god munhälsa. I kapitlet besvaras frågeställning 3.

Tandvårdstöden når inte ut till äldre i tillräcklig omfattning

Tandvårdsstöden har inte fått önskat genomslag hos de äldre. Detta kan bland annat förklaras av att bristande kunskap om stöden och omständlig administration leder till underanvändning av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning bland äldre patienter. Vad gäller den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården erbjuds stöden inte på lika villkor utan med variationer över landet. Det saknas också en fungerande kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård.

2.1 SÄRSKILT TANDVÅRDSBIDRAG OCH TANDVÅRD VID LÅNGVARIG SJUKDOM ELLER FUNKTIONSNEDSÄTTNING: BRISTANDE KUNSKAP OCH OMSTÄNDLIG ADMINISTRATION

Både kvantitativa och kvalitativa observationer pekar på att särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är underutnyttjade av de äldre. Det bristande genomslaget kan sannolikt till delar förklaras av att stöden infördes så nyligen som under år 2013. Vår studie pekar samtidigt på att det även finns förklaringsfaktorer som är av mer strukturell karaktär: låg kännedom på grund av hög komplexitet i systemet, ottydligt informationsansvar och en administrativt omständlig process för att få ta del av stöden.



En mindre andel av de äldre som uppskattas vara berättigade har tagit del av stöden

Vår analys av inrapporterade statistiska uppgifter till Socialstyrelsen och SKL om utfärdande av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning visar att enbart en liten andel av de äldre personer som uppskattas vara berättigade tog del av stödet år 2013 och 2014. Som beskrivs mer i detalj i följande avsnitt uppskattar vi att omkring 30 procent av de äldre i målgruppen för särskilt tandvårdsbidrag tog del av stödet under 2014. Uppskattningsvis 20 procent av de äldre i målgruppen för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning tog del av stödet under år 2013. Resultaten ska tolkas med försiktighet, men kvalitativa observationer från intervjuer och en rapport (PwC 2014) bekräftar bilden av att stöden ännu inte har fått avsett genomslag.

Särskilt tandvårdsbidrag

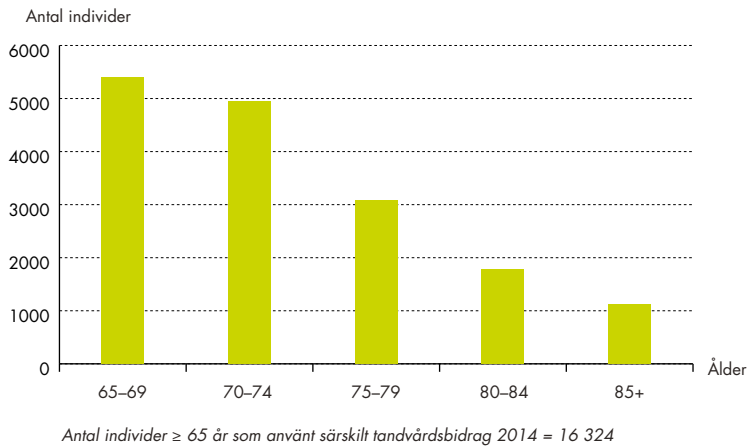
I Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning*, som var underlag för införandet av särskilt tandvårdsbidrag, uppskattas att hela målgruppen för det särskilda tandvårdssbidraget uppgår till omkring 300 000 individer. Det gjordes i Ds 2010:42 inga uppskattningar av målgruppens storlek i olika åldersgrupper. I korthet bygger uppskattningen på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister, nationella kvalitetsregister och Svenska tvillingregistret. Departementspromemorians uppskattningar granskades även av Stockholms Medicinska Råd och Svenska Läkaresällskapet. Enligt intervjuade personer kan denna uppskattning emellertid vara något stor, då departementspromemorian inte tog hänsyn till att de grupper som är berättigade till särskilt tandvårdsbidrag respektive tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eventuellt överlappar. I Ds 2010:42 beskrivs också att ett komplicerande faktum är att det saknas kunskap om hur vanligt det är att samma person har flera av de aktuella diagnoserna som berättigar till stöd, vilket kan påverka uppskattningen av målgruppen.

År 2013 var 19 procent av befolkningen 65 år eller äldre (SCB 2014a). Vid ett antagande om en jämn fördelning över åldersgrupper av de diagnoser och funktionsnedsättningar som medför berättigande till stödet, innebär det att omkring 57 000 äldre individer hade rätt till stödet. Antagandet baseras på att vissa av diagnoserna/funktionsnedsättningarna är vanligare bland äldre (exempelvis muntorrhet till följd av långvarig läkemedelsbehandling) samtidigt som andra diagnoser/funktionsnedsättningar är vanligare bland yngre (exempelvis frätskador på tänderna till följd anorexia nervosa eller

bulimia nervosa) (Nordenram 2002, Läkemedelsboken 2014). Genomförda intervjuer med såväl läkare som tandläkare bekräftar att antagandet om en jämn fördelning av berättigade individer över åldersgrupper kan anses vara rimligt, och om något en underskattning av andelen äldre.

Enligt statistik från Försäkringskassan använde totalt 16 324 individer som är 65 år eller äldre särskilt tandvårdsbidrag år 2014, vilket motsvarar omkring 30 procent av den uppskattade målgruppen (figur 4). Det är en viss ökning från 2013 då 10 990 personer 65 år eller äldre använde stödet. Utvecklingen talar för att stödets bristande genomslag till viss del kan förklaras av att det infördes så nyligen som under 2013. Samtidigt kan det nämnas att man i Ds 2010:42 gjorde antagandet att så många som 85 procent av de personer som omfattas av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning också skulle ta del av stöden (Ds 2010:42 s. 176–177). Våra analyser visar alltså att stödets genomslag, två år efter införandet, är påtagligt lägre än uppskattningen som gjordes i samband med reformen.

Figur 4. Åldersfördelning av de individer 65 år eller äldre som använt särskilt tandvårdsbidrag, 2014.

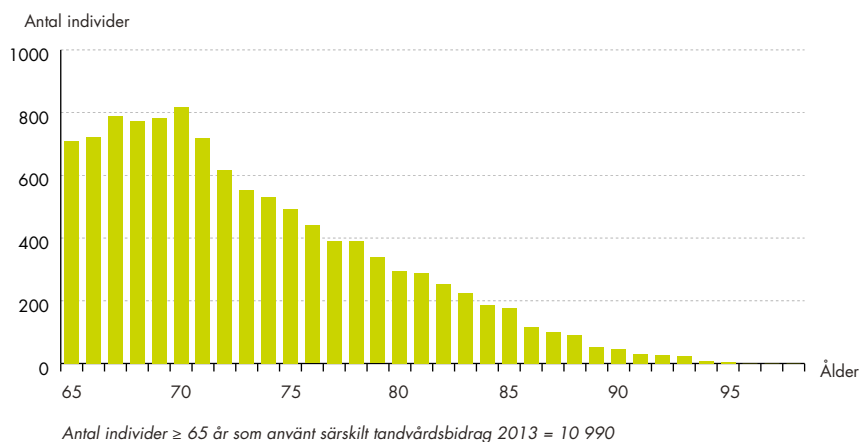


Källa: Försäkringskassan 2014.

Vid en analys av data för 2013 fördelat på ålder, ses att antalet individer som använder stödet ökar mellan 65 och 70 års ålder för att sedan minska (figur 5).

Tandvårdstöden når inte ut till äldre i tillräcklig omfattning

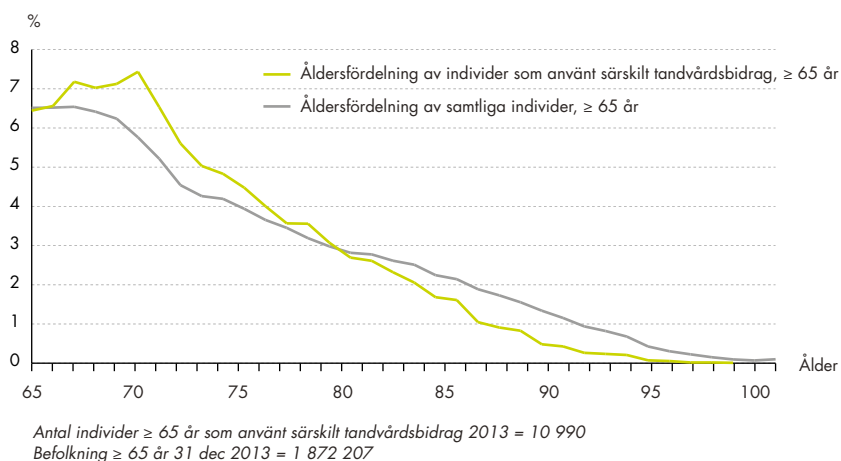
Figur 5. Åldersfördelning av de individer 65 år eller äldre som använt särskilt tandvårdsbidrag, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013.

Att antalet individer som använt särskilt tandvårdsbidrag sjunker med stigande ålder efter 70 år följer befolkningskurvan, vilket innebär att andelen personer i respektive åldersgrupp är relativt konstant (figur 6).

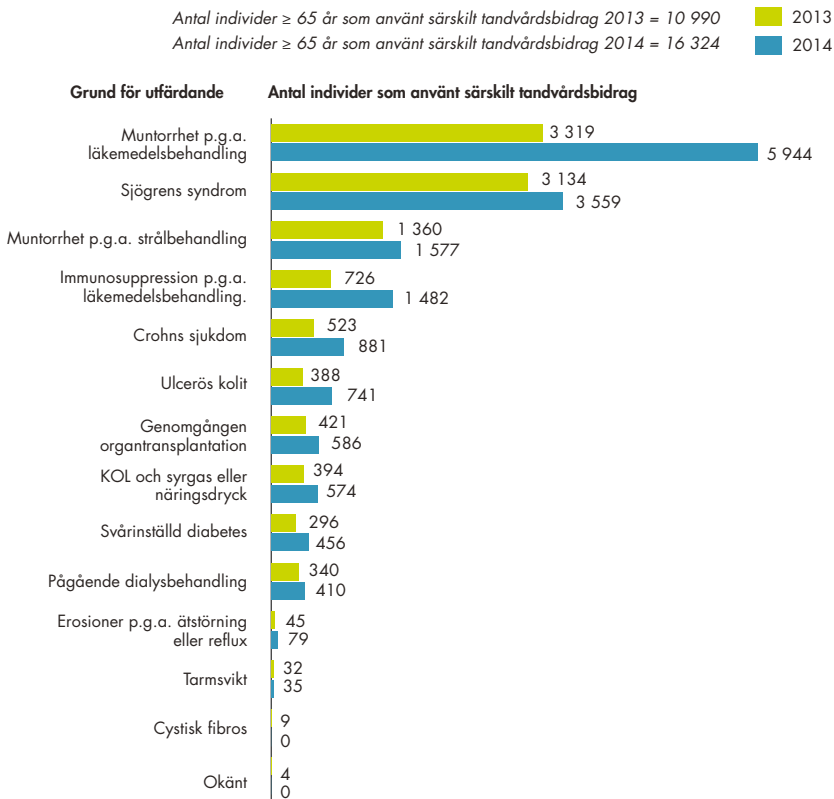
Figur 6. Andel av totalt antal individer med särskilt tandvårdsbidrag i relation till andel av totalt antal individer 65 år eller äldre, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013, befolkningsstatistik SCB.

Analys av statistik från Försäkringskassan och Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att muntorrhet till följd av långvarig läkemedelsbehandling är den absolut vanligaste orsaken till att personer beviljas särskilt tandvårdsbidrag, följt av Sjögrens syndrom och muntorrhet på grund av strålbehandling (figur 7). Fördelningen mellan sjukdomar och funktionsnedsättningar kan delvis styras av förekomsten av motsvarande inom målgruppen men även andra faktorer, såsom hur väl patientorganisationer eller specialtläkare känner till stödet, kan bidra till variationen. Mellan 2013 och 2014 har det skett en relativt stor ökning av antalet personer som får särskilt tandvårdsbidrag till följd av muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling.

Figur 7. Diagnoser som låg till grund för utfärdande av särskilt tandvårdsbidrag till individer 65 år eller äldre, 2013 och 2014.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013, Försäkringskassan 2014.

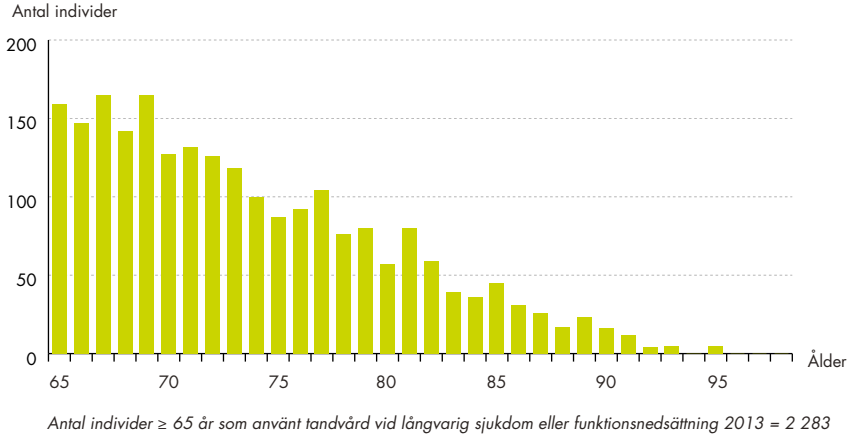
Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

I *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning* (Ds 2010:42) uppskattas hela målgruppen för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning uppgå till cirka 55 000 individer. Liksom för särskilt tandvårdsbidrag bygger uppskattningen på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister, nationella kvalitetsregister och Svenska tvillingregistret. Departementspromemorians uppskattningar granskades även av Stockholms Medicinska Råd och Svenska Läkaresällskapet. Ett komplicerande faktum är enligt Ds 2010:42 att det saknas kunskap om hur vanligt det är att samma person har flera av de aktuella diagnoserna som berättigar till stöd, vilket kan påverka uppskattningen av målgruppen.

År 2013 var 19 procent av befolkningen 65 år eller äldre (SCB 2014a). Vid antagande om en jämn fördelning över åldersgrupper av de sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning innebär det att det år 2013 fanns cirka 10 500 äldre individer som var berättigade till stödet, av de totalt 55 000 individerna i målgruppen. Likt för de sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till särskilt tandvårdsbidrag, är det även för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning svårt att exakt uppskatta hur vanliga de berättigande sjukdomarna och funktionsnedsättningarna är bland äldre i befolkningen. Samtidigt kan vi konstatera att några av sjukdomarna/funktionsnedsättningarna är mer vanliga bland äldre, exempelvis Parkinsons sjukdom eller kvarstående symptom efter stroke (SBU 2003, Socialstyrelsen 2009c). Uppskattningen av målgruppen för stödet försvåras också av att det inte endast är intyg om diagnos som krävs för berättigande, utan även intyg om att diagnosen medför en svår funktionsnedsättning (undantaget ALS, då endast intyg om diagnos krävs) (4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning). Genomförda intervjuer och samtal med läkare bekräftar dock att antagandet om en jämn fördelning av berättigade individer mellan åldersgrupper kan anses vara rimlig, och om något en underskattning av andelen äldre.

År 2013 använde totalt 2 283 individer tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, vilket motsvarar cirka 20 procent av antalet äldre som uppskattas vara berättigade till stödet. Siffran kan jämföras med antagandet i departementspromemorian från 2010 om att 85 procent av den berättigade målgruppen skulle ta del av stödet (Ds 2010:42 s. 176–177). I figur 8 visas åldersfördelningen inom gruppen äldre som tagit del av stödet år 2013.

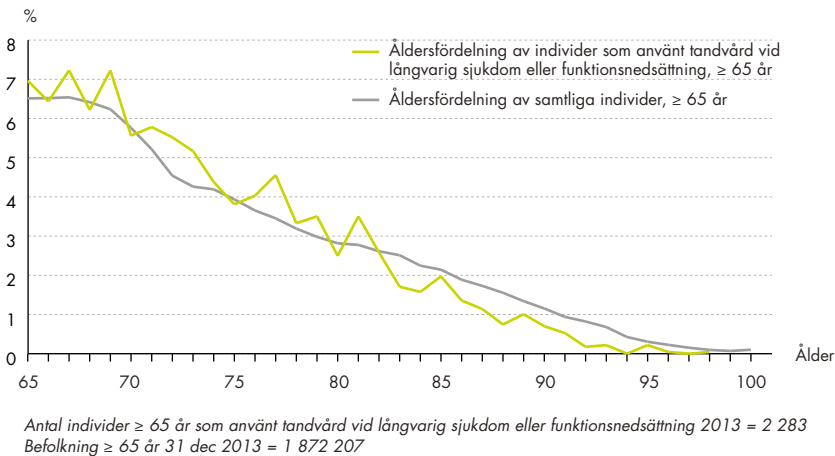
Figur 8. Åldersfördelning av de individer 65 år eller äldre som använt tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhårsregister 2013.

Den avtagande förekomsten av individer som använt tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning med stigande ålder är väntad i och med att den följer befolkningskurvan (figur 9). Fördelningen över åldersgrupper motsvarar den som kan observeras för särskilt tandvårdsbidrag.

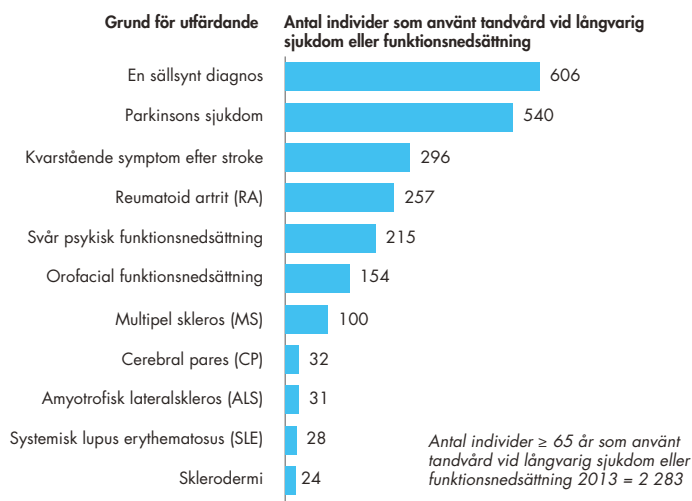
Figur 9. Andel av totalt antal individer som använt tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i relation till andel av totalt antal individer 65 år eller äldre, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhårsregister 2013, befolkningsstatistik SCB.

Liksom för särskilt tandvårdsbidrag är det en ojämn fördelning av antalet individer som använder tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning mellan olika sjukdomar och funktionsnedsättningar. De vanligaste grunderna för utfärdande – sällsynt diagnos eller Parkinsons sjukdom – stod för drygt hälften av alla berättiganden till tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning för personer 65 år eller äldre år 2013 (figur 10).

Figur 10. Diagnoser/funktionsnedsättningar som låg till grund för utfärdande av tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning för individer 65 år eller äldre, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013.

Kunskapen om stöden är bristande hos både patienter och vårdgivare

I intervjuerna framkommer att såväl tandvården som hälso- och sjukvården generellt har alltför begränsad kunskap och kännedom om hur särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning fungerar. Att tandvårdssystemet är mycket komplext och att informationsansvaret för tandvårdstöden uppfattas som ottydligt kan förklara den begränsade kunskapen. Att kunskapen är låg bidrar sannolikt till stödets begränsade genomslag bland äldre patienter.

”Bristen på upplysning och kunskap hos våra medborgare är uppenbar. Både vad gäller detta men också inom hälso- och sjukvården. Det är ingen som funderar på tänderna innan det blir akut – det är inte det första man tänker på när man blir sjuk.”

Patientföreträdare

”Landstingens kunskap om sitt egna stöd [tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning] måste förbättras, och framför allt inom hälso- och sjukvården.”

Företrädare branschorganisation

Tandvårdsstödets komplexitet gör det svårt att förstå och kommunicera om stöden

En övergripande förklaring till den låga kunskapen om stöden är att tandvårdssystemet är komplext (Tronje Hansson m.fl. 2013). Intervjuade personer beskriver tandvårdssystemet som mycket avancerat och svårt att förstå för både patienter och vårdgivare. Komplexiteten ligger bland annat i tandvårdssystemets utformning, med flera olika tandvårdsstöd som har olika finansiering, subventionsnivåer och krav för berättigande. När särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning tillkom innebär det ytterligare tillägg till ett redan komplext system. Dessa stöd har specifika kriterier för berättigande och en separat administrativ process som involverar flera aktörer.

”Läkare har inte tillräcklig kunskap kring dessa stöd. På pappret har man nog skapat ett system som ser bra ut men som i praktiken är så komplicerat så att stöden inte når ut.”

Företrädare Centrum för äldretandvård

”Systemet har vuxit fram stegvis under lång tid, det blir för många detaljer och ett tjockt regelverk [...] Ett lapptäcke som ingen kan hålla reda på. Det är för svårt.”

Sakkunnig inom tandvård



”Jag misstänker att de [tandvårdstöden] är alltför komplicerade och personal på en tandvårdsmottagning kan i regel inte allt det här. Det är för många olika system för att man ska kunna överblicka och förklara tydligt.”

Sakkunnig inom tandvård

Patienter drabbas i allra högsta grad av systemets komplexitet. Det uppges vara svårt att förstå hur tandvårdssystemet är uppbyggt, när och hur man kan bli berättigad till stöd och hur de olika stöden är tänkta att fungera. Det uppges även vara svårt för patienter att veta vart man ska vända sig vid frågor. Det är sannolikt att denna typ av effekter blir än mer påtagliga för äldre personer som i vissa fall har en nedsatt kognitiv förmåga. Resultatet kan bli att (den äldre) patienten inte känner till att hen har rätt till stöden. Vet patienten inte om att stöden finns eller att hen har rätt till dem är det liten sannolikhet att hen efterfrågar det i samband med tandläkar- eller läkarbesök.

Informationsansvaret för stöden uppfattas som otydligt vilket drabbar de äldre

Ansvar för informationsspridning kring de olika tandvårdstöden är fördelat på flera aktörer (2 § p. 1 förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan, 1 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdstöd, prop. 2011/12:7 s. 77), vilket försvårar för patienterna. Försäkringskassan ska informera om särskilt tandvårdsbidrag och har ett övergripande informationsansvar för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Även vårdgivare inom tandvården och hälso- och sjukvården har ansvar för att informera patienter om särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (prop. 2011/12:7 s. 77). För patienter som är aktuella för tandvårdstöden är det rimligt att anta att det många gånger är hälso- och sjukvården som först möter patienten, och i detta möte kan informationen ges. Patienter som besöker tandvården kan också få information vid det mötet (prop. 2011/12:7 s. 77). Både Vårdguiden 1177 och myndigheternas webbplatser fungerar också som informationskanaler (prop. 2011/12:7 s. 76). Många landsting kan även erbjuda information till patienter genom landstingets tandvårdsenhet eller motsvarande (1177 Vårdguiden 2014). Informationsansvaret är således splittrat, och det upplevs av flera intervjuade som otydligt. Konsekvensen uppges i förlängningen leda till att kännedomen om stöden är låg.

”Att få genomslag för informationen om stödet har visat sig vara svårt, men här har framför allt landstingen och vårdgivaren ett ansvar. En del av problemet är de rätt så komplicerade villkor som avgör vem som ska få vilket stöd.”

Företrädare SKL

”Den största utmaningen med stöden är informationsbiten till målgruppen. Det hade varit bra om en myndighet fick informationsansvaret.”

Övertandläkare

”Det behövs mer information till alla berörda, det vill säga till äldre, anhöriga, patientföreningar, tandläkare och omvårdnadspersonal.”

Patientföreträdare

Processen för att få tillgång till stöden uppfattas som administrativt krånglig och aktörerna har bristande förutsättningar

För att den äldre ska beviljas särskilt tandvårdsbidrag eller tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning krävs att patienten har en sjukdom eller funktionsnedsättning samt uppfyller övriga krav som ställs för berättigande (2 kap. 1 a § lagen om statligt tandvårdsstöd, 8 a § st. 3 p. 2 tandvårdslagen). Tandvården respektive landstinget har det slutliga ansvaret för att bevilja stöden men som underlag krävs oftast ett läkarintyg. Processen uppfattas av flera intervjuade som administrativt krånglig. Den ställer även krav på insatser från både hälso- och sjukvård och tandvård, men förutsättningarna för utförandet är bristfälliga. I slutänden riskerar den administrativa belastningen att försvåra för patienter att ta del av stöden.

Hälso- och sjukvården har en central roll men är ovana vid att inkludera information om munhälsa och tandvård i patientmötet

Äldre patienter som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som gör att de är berättigade till tandvårdsstöden har generellt sett mer frekvent kontakt med hälso- och sjukvården än vad de har med sin tandläkare (Landstinget Östergötland 2014). Det är därför viktigt att vårdgivare inom hälso- och sjukvården informerar patienten – dels om att stöden finns

men också om att det krävs ett intyg för att patienten ska beviljas stöd. Intervjupersoner lyfter fram att kunskapen om tandvårdsstöden inom hälso- och sjukvården generellt sett är begränsad och att sjukvården överlag saknar rutiner för att informera patienten om tandvårdsstöden.

”Det gäller att det finns en medvetenhet om ansvarsfördelningen. Det finns ingen illvilja hos hälso- och sjukvården men man utgår från att tandvården fixar detta. Äldre har ofta kontakt med sin vårdcentral och det är naturligt att någon här tar ansvaret, men i stället blir det ingenting.”

Professor parodontologi

En förklaring till att hälso- och sjukvården brister i att informera patienterna om stöden uppges vara tidsbrist. Intervjuade läkare beskriver att det tänkta informationstillfället i regel är själva läkarbesöket, där en stor mängd information kopplad till sjukdomen och eventuell behandling ska ges. Det är därför lätt att glömma eller inte hinna med att informera om tandvårdsstöden.

”Vi behöver hitta ett system som är enklare än att man ska behöva gå till läkare för att få ett intyg. Dessutom belastar man ju vården som inte heller har tid eller resurser.”

Tandvårdschef

I intervjuerna framkommer att hälso- och sjukvården i vissa fall uppfattar utfärdandet av läkarintyg som en administrativ och i viss mån resurskrävande belastning. Kritik har även i andra sammanhang riktats mot att denna typ av administrativa uppgifter generellt sett har vuxit i omfattning för läkare, och att administrationen tar tid i patientmötet (Vårdanalys 2013). Det inträffar enligt intervjuade personer även att det blir fel när läkarintygen fylls i på grund av att läkarna uppges vara osäkra på vad som ska framgå av intygen och är ovana vid att fylla i de specifika intygsblanketterna. Detta ökar också risken för att stödet fördröjs eller uteblir, vilket uteslutande drabbar patienterna.

“Anledningen till att det skrivs för få intyg [för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning] är bristande kunskap hos läkarna. Det är där proppen ligger. Sen är det ju ett extra steg i en stressad vårdssituation, och landstinget ska godkänna och utfärda.”

Docent gerodonti (äldretandvård)

“Vi har infört så många kontrollstationer så att man har paralyserat systemet.”

Professor parodontologi

Det har vidare framkommit att läkare upplever det bedömningsverktyg som ska användas för att bedöma om patienten är berättigad till tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som otidligt. Den vägledning som finns anses inte vara tillräcklig. Det medför stor osäkerhet kring hur bedömningen ska gå till, vilket resulterar i en risk för att olika läkare gör olika bedömningar.

“För att bedöma funktionsnedsättning ska vi läkare använda en ICF-skala. Detta är inget verktyg vi är bekanta med, det är främst någonting som arbetsterapeuter använder. Jag har ställt frågan till mitt nätverk av klinikchefer inom reumatologi och alla gör olika i bedömningarna.”

Klinikchef reumatologklinik

Intervjupersoner vittnar om en annan utmaning som är kopplad till läkarintygen, nämligen att patienter i vissa fall upplever att kostnaden för läkarintyget för särskilt tandvårdsbidrag är hög i relation till nivån på stödet. Även om intygskostnaden är en engångskostnad som i de flesta fall berättigar till flera års stöd, och nivån på stödet därmed klart överstiger kostnaden för intyget, så kan kostnaden på kort sikt uppfattas som ett hinder för patienten och därmed påverka användningen av stödet.

En annan förklaring till att hälso- och sjukvården brister i att informera patienter om stöden uppges av intervjupersoner vara att hälso- och sjukvården ofta inte ser mun- och tandvård som en naturlig del av patienters medicinska behandling. Detta kan sannolikt förklaras av den traditionella och formella skiljelinjen mellan munnen, tänderna och resten av kroppen.



Uppdelningen kan ses på flera sätt, bland annat genom att hälso- och sjukvården regleras av annan lagstiftning än tandvården.

”Tandvård ligger utanför hälso- och sjukvården och anses inte lika viktigt.”

Företrädare Akademiskt Centrum för Äldretandvård

Uppdelningen mellan hälso- och sjukvården och tandvården blir också tydlig i våra genomförda landstingsintervjuer. I båda de undersökta landstingen upplever man ett begränsat genomslag vad gäller samarbetet mellan sjukvården, landstingets tandvårdsenhet och tandvården. Detta trots att samarbete utgör en förutsättning för att patienter i målgruppen ska få ta del av stödet. I Landstinget i Värmland beskriver tandvårdsföreträdare att det är svårt att etablera kontakt med hälso- och sjukvården, medan företrädare för Region Örebro län kopplar samarbetsbarriärer till svårigheter som uppstår när läkarintyg ska utfärdas.

Tandvården har svaga förutsättningar att informera patienter i rätt tid
Patienten ska få information om möjligheten till tandvårdsstöd från vårdgivare inom tandvården (prop. 2011/12:7 s. 77). Tandvården träffar dock i regel dessa patienter med relativt långa tidsintervaller, vilket försvårar möjligheten för tandvården att ha god insyn i patienternas övriga hälsotillstånd och informera om rätt stöd i rätt tid när hälsotillståndet förändras. Vidare har tandvården inte per automatik tillgång till information om patientens sjukdomstillstånd. Informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvården och tandvården kräver samtycke från patienten (2 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården). Tandläkaren ska inhämta uppgifter om bland annat patientens hälsotillstånd och medicinska bedömningar (3 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) och 3 kap. 3 § p. 1 SOSFS 2008:14), men detta kräver att patienten själv känner till sin medicinska status och informerar tandläkaren.

”Egentligen borde det vara den som ger diagnos eller skriver ut ett läkemedel som informerar, det vill säga hälso- och sjukvården. Men om man ska gå till verkligheten tror jag att det är enklare att tandvården gör det.”

Klinikchef reumatologklinik

Det är rimligt att anta att informationsöverföringen försvåras ytterligare för äldre patienter som har en ökad risk för nedsatt kognitions- och minnesförmåga. Sammanfattningsvis finns det risk för att tandläkaren inte får en fullständig bild av patientens hälsostatus och därmed inte informerar om rätten till tandvårdsstöd.

2.2 UPPSÖKANDE VERKSAMHET OCH NÖDVÄNDIG TANDVÅRD ERBJUDS ÄLDRE PÅ OLIKA VILLKOR

Både kvantitativa och kvalitativa observationer pekar på att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård i varierande utsträckning når äldre som är berättigade till stöd. Några av de observerade utmaningarna som kan ses för särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning gäller enligt intervjuade personer även för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Även dessa tandvårdsstöd beskrivs som komplexa och spridningen av information om stöden anses inte fungera ändamålsenligt. Vår studie talar för att stödets varierande genomslag bland äldre också kan förklaras av att kriterierna för berättigande är otydliga. Vidare förutsätter stöden samverkan mellan tandvården och kommunernas socialtjänst, som inte alltid fungerar som tänkt. Det förekommer också att upphandlingar av den uppsökande verksamheten utformas på ett sådant sätt att det uppstår oönskade effekter i vissa avseenden.

Stöden har varierat genomslag bland äldre trots att de har funnits länge

Uppsökande verksamhet

Äldre som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller som omfattas av LSS ska, om de uppfyller övriga kriterier för berättigande som anges i 8 a § st. 1 tandvårdslagen, erbjudas uppsökande verksamhet. Socialstyrelsens uppföljning av den uppsökande verksamheten från 2006 visade dock att enbart knappt hälften av de berättigade i personkretsen (uppskattad som det totala antalet berättigade) fick



erbjudandet under 2004 (Socialstyrelsen 2006). I en senare uppföljning gjord av SKL för 2013 framgår att omkring 79 000 individer hade fått munhälsobedömning, vilket motsvarade 54 procent av antalet individer som var registrerade som berättigade (SKL 2014). SKL inkluderar dock hela personkretsen som beviljats stöd, och inte enbart personer som är 65 år eller äldre. Det ska beaktas att berättigade individer har möjlighet att tacka nej till munhälsobedömning. Enligt intervjuer med landstingsföreträdare brukar andelen som tackar nej vara ungefär 20 procent av de som erbjuds. Att enbart 54 procent av antalet berättigade individer har fått en munhälsobedömning kan utifrån dessa uppskattningar därför bedömas som relativt lågt. Då uppföljningen inte görs i relation till en uppskattning av det totala antalet individer i målgruppen, utan enbart i relation till de som har nåtts av erbjudandet och registrerats som berättigade, tros det också finnas ett mörkertal som gör att andelen individer i målgruppen som fått munhälsobedömning bedöms vara än lägre.

Det saknas en beräkning av hur många äldre som uppskattas vara berättigade till uppsökande verksamhet. En tidigare definition som beskriver äldre personer med stort omsorgsbehov är den som användes i regeringens mest sjuka äldre-satsning, som pågick mellan 2010 och 2014. Inom satsningen avgränsades gruppen mest sjuka äldre till individer med antingen stort vårdbehov eller omfattande behov av omsorg. Kriterierna för att en individ skulle ingå i gruppen med stort omsorgsbehov var följande: 65 år eller äldre samt antingen bo permanent i särskilt boende, ha beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, ha beslut om insats med stöd enligt LSS eller ha beslut om korttidsboende (Socialstyrelsen 2011a). Med denna avgränsning som utgångspunkt har vi gjort en uppskattning av hur många äldre personer som är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

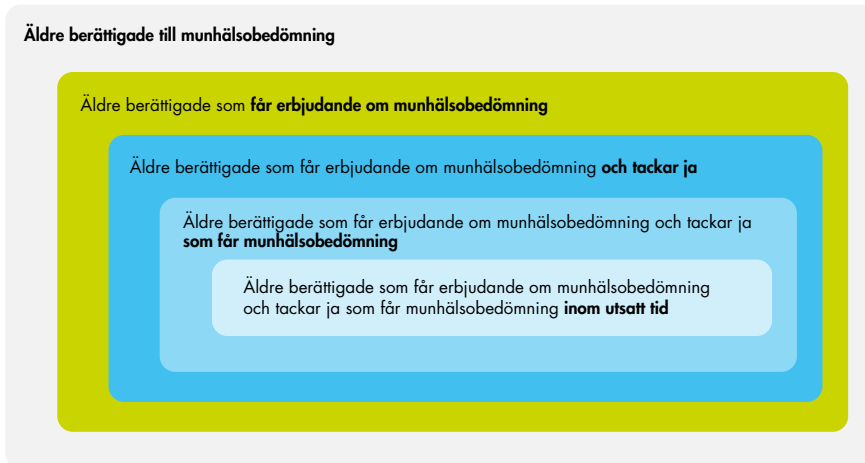
Socialstyrelsen slår fast i sin rapport *Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012* att nästan 87 000 personer 65 år eller äldre bodde permanent i särskilt boende (här avses särskilda boendeformer för service och omvårdnad som kommunerna enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) ska inrätta för äldre som behöver särskilt stöd). Myndigheten redovisar i samma rapport att ytterligare över 62 000 äldre individer var beviljade minst 26 hemtjänsttimmar per månad (Socialstyrelsen 2013d), vilket liknar kriteriet från mest sjuka äldre-satsningen. Utifrån dessa uppgifter skulle omkring 149 000 äldre personer vara berättigade till uppsökande verksamhet. Uppskattningen är dock en viss underskattning eftersom den inte specifikt inbegriper personer som omfattas av LSS eller personer som får hemsjukvård

och därmed också är berättigade till stöden. Den tar inte heller hänsyn till äldre med stort omsorgsbehov som vårdas av anhöriga i hemmet.

Som beskrivits ovan förekommer det att äldre som har rätt till stöd tackar nej till den uppsökande verksamheten. Att äldre väljer att avstå från den uppsökande verksamheten kan enligt intervjuade personer till exempel bero på: att de saknar förståelse för vad stödet innebär, att de har en ökad trötthet som gör att de inte orkar eller vill ta emot besök i hemmet, att de inte upplever att de har tid på grund av att de vårdar en nära anhörig i hemmet eller något annat personligt skäl. Att äldre på egna grunder väljer att avstå från den uppsökande verksamheten behöver inte nödvändigtvis vara problematiskt. Det kan hända att dessa äldre redan har en etablerad tandvårdskontakt och att det inte finns något särskilt behov av en munhälsobedömning. Samtidigt kan det finnas fall där äldre tackar nej på grund av att erbjudandet inte är tillräckligt anpassat utifrån den enskildes behov. Socialstyrelsens uppföljning av den uppsökande verksamheten från 2006 anger att ett av de vanligaste skälen till att personer tackade nej var att de inte hade förstått vad bedömningen innebar (Socialstyrelsen 2006).

Det finns således flera steg mellan att vara berättigad till uppsökande verksamhet och att få en munhälsobedömning. Sammanfattningsvis är det endast en del av de äldre som nås av erbjudandet om uppsökande verksamhet. Av de som nås av erbjudandet är det inte alla som tackar ja. Av de berättigade som nåts av erbjudandet och som tackat ja är det sedan inte alla som får en munhälsobedömning, och inte heller alltid inom utsatt tid.

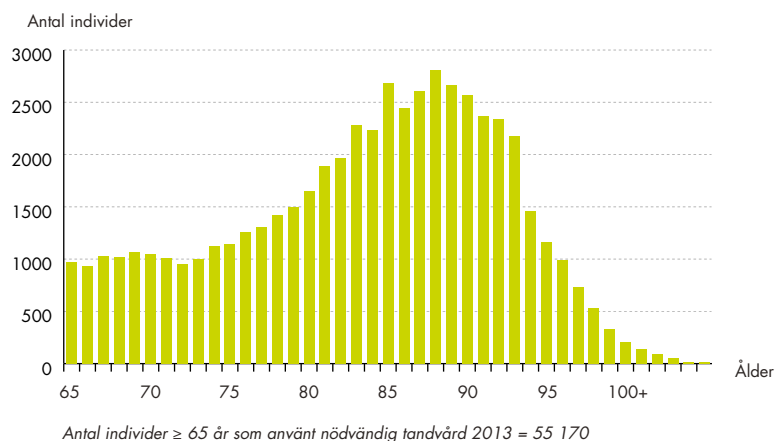
Figur 11. Schematisk skiss över förhållandet mellan äldre som är berättigade till munhälsobedömning och äldre som tar del av bedömningen inom utsatt tid.



Nödvändig tandvård

Inte heller nödvändig tandvård används av alla äldre som uppskattas vara berättigade. Enligt Socialstyrelsens tandhälsoregister var det 55 107 individer 65 år eller äldre som använde nödvändig tandvård 2013. Detta motsvarar nästan 40 procent av den uppskattade målgruppen om drygt 149 000 individer. Resultatet ska tolkas med försiktighet, men kvalitativa observationer bekräftar bilden av att stödet når ut till en begränsad del av målgruppen. Uppskattningen av målgruppens storlek är gjord på samma sätt som för uppsökande verksamhet i förra avsnittet. Detta då det är identiska kriterier för berättigande till de båda stöden.

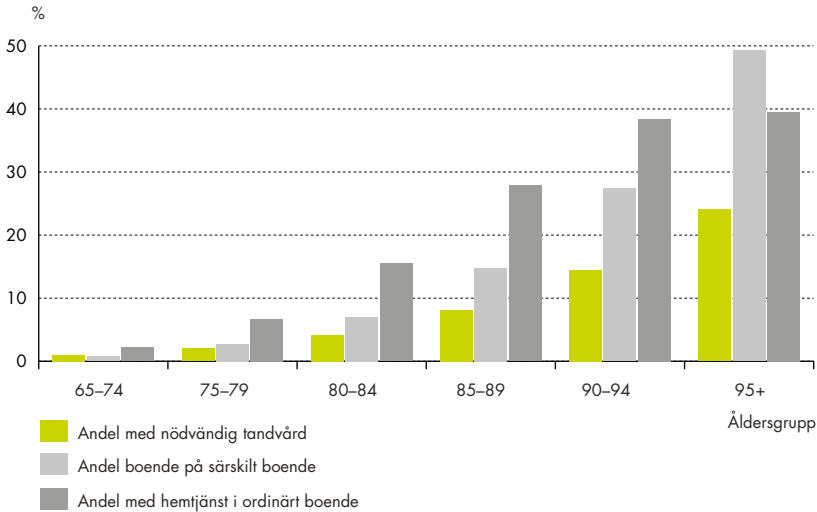
Figur 12. Åldersfördelning av de individer 65 år eller äldre som använt nödvändig tandvård, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013.

Till skillnad från särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning följer inte fördelningen av individer med nödvändig tandvård den demografiska kurvan utan användningen ökar med stigande ålder (figur 12). Detta är att förvänta eftersom också vård- och omsorgsbehövet generellt sett ökar med åldern, vilket har betydelse för berättigande till detta stöd (figur 13).

Figur 13. Andel individer 65 år eller äldre av totalt antal individer 65 år eller äldre som använt nödvändig tandvård, bor på särskilt boende eller har hemtjänst i eget boende, per åldersgrupp, 2013.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013, befolkningsstatistik SCB, Socialstyrelsen 2013d.

Att den nödvändiga tandvården används av cirka 40 procent av äldre i den uppskattade målgruppen kan ses som en förhållandevis liten andel, givet att målgruppen förväntas ha en ökad risk för försämrad munhälsa och därmed med hög sannolikhet har behov av de åtgärder som ingår i stödet. Det ska samtidigt tilläggas att en låg användning av nödvändig tandvård inte tvunget tyder på underbehandling. Detta eftersom användningen baseras på behov av tandvård, medan berättigandet är kopplat till vård- och omsorgsbehovet.

Otydliga kriterier för berättigande skapar variationer över landet och drabbar äldre som bor hemma

Personer som "omfattas av LSS" eller som har ett "varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser" har (om de uppfyller övriga krav i 8 a § tandvårdslagen) rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Våra intervjuer visar att dessa kriterier ger stort tolkningsutrymme vilket framför allt drabbar äldre som bor kvar hemma. Det är i allmänhet svårt för landstingen att förstå den exakta innebörden av kriterierna och vilka grupper som är berättigade.

I propositionen om ett reformerat tandvårdsstöd, där stöden lanserades, uttrycks det som att målgruppen för den uppsökande verksamheten skulle vara personer som bor på sjukhem, ålderdomshem eller dylikt samt personer som bor i egen bostad men som har stora behov av vård och omsorg (prop. 1997/98:112 s. 30). Det betonas att det är det individuella vårdbehovet som ska vara styrande och inte boendeformen. I lagtexten förtydligas att personer som har ett varaktigt behov av vård- och omsorgsinsatser och som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, som har hemsjukvård eller är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård och omsorg har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård (8 a § st. 2 tandvårdslagen).

Enligt flera intervjuade pågår det diskussioner runt om i landet om tolkningen av lagrummet. Det upplevs vara otydligt vad ett ”varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser” i praktiken betyder, vilket gör att den individuella prövningen av framför allt hemmaboende äldre görs på olika grunder. Det finns vidare en osäkerhet kring om ”omfattas av LSS” innebär att den äldre ska ha en pågående insats enligt LSS eller om det är tillräckligt att den äldre tillhör personkretsen för LSS, alternativt tidigare har haft en insats enligt LSS (Socialstyrelsen 2013a). Otydlighet kring personkretsen leder till olika tillämpning och variationer över landet, och kan göra att äldre inte erbjuds den uppsökande verksamhet och nödvändiga tandvård som de har rätt till.

”Landstingen lyfter ofta att det är oklart vilka som har rätt till nödvändig tandvård [och uppsökande verksamhet]. Blir mycket fokus på detta. Det är ju oklart – ska man ha insats eller kan man vara personkrets 3? Väldigt stor skillnad här mellan olika grupper. Tankesättet är att det är omsorgsbehovet som ska vara styrande.”

Företrädare branschorganisation

”Det skulle vara bra med tydligare styrning i form av meddelandeblad eller föreskrifter.”

Munhälsostateg

År 2004 tog Socialstyrelsen fram ett meddelandeblad som gav vägledning kring personkretsen och beviljande av stöd. I meddelandebladet stod att

omfattande behov av vård- och omsorgsinsatser skulle översättas till personlig omvårdnad under större delen av dygnet det vill säga minst tre gånger per dygn samt tillsyn under natten. Med varaktighet avsågs ett behov som förväntades kvarstå minst ett år. Meddelandebladet är sedan 2013 inaktuellt och i dag finns inga tydligare nationella definitioner av personkretsen än vad som framgår av lagrummet.

Trots att Socialstyrelsens meddelandeblad blev inaktuellt 2013, framkommer det i intervjuer att många landsting ändå använder definitionen i det numera inaktuella meddelandebladet med insatser tre gånger per dygn samt natttillsyn. Intervjupersonerna menar att det är problematiskt eftersom definitionen är alltför snäv och oflexibel, vilket kan innebära problem – särskilt för gruppen sköra äldre. En äldre person boende hemma kan till exempel ha stora omvårdsbehov men fördelat på två tidskrävande tillsynsbesök per dag. I vissa landsting medför detta att personen då inte anses vara berättigad till uppsökande verksamhet.

Ett annat problem som beskrivs i litteraturen (Gabre m.fl. 2007, Tronje Hansson m.fl. 2013) och som i intervjuerna uppges vara vanligt förekommande är att äldre som vårdas i hemmet av anhöriga inte syns i statistiken och är svåra och fånga upp.

”Vi vet att många bor hemma alldeles för länge med sin sjukdom, detta är antagligen en anledning till att tandvårdstöden inte når dem. Omsorgsbehovet blir inte lika tydligt när det är anhöriga som vårdar.”

Patientföreträdare

Tidigare studier bekräftar att det framför allt är äldre som bor kvar hemma som drabbas av uteblivet stöd (Socialstyrelsen 2006, Gabre m.fl. 2007). Detta framkommer även i våra genomförda landstingsintervjuer, då det av vissa uppges att stöden inte till fullo når de äldre som bor kvar i sitt eget boende och som har hemtjänstinsatser eller som vårdas av anhöriga.

Socialstyrelsen fick år 2012 i uppdrag av regeringen att definiera och tydliggöra målgruppen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård (Regeringen 2011). Socialstyrelsen föreslog i sin redovisning av uppdraget att förtydliganden kring målgruppen införs i tandvårdsförordningen, exempelvis att man ska vara beviljad en insats för att ”omfattas av LSS” (Socialstyrelsen 2013a). Socialstyrelsen föreslog också att det i tandvårdsförordningen framgår att ett ”varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser” innebär



att behovet inte är av övergående natur och att vård- och omsorgsinsatserna ges under en stor del av dygnet. De förordningsändringar som Socialstyrelsen föreslog har ännu inte genomförts.

Bristande samverkan och otydlig ansvarsfördelning ökar risken för att äldre inte får det stöd som de har rätt till

För att äldre personer i målgruppen ska erbjudas och ta del av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård krävs en väl fungerande samverkan mellan tandvården, landstinget och den kommunala socialtjänsten. Det är i praktiken ofta kommunens företrädare, till exempel biståndsbedömare, som fastställer den äldres vård- och omsorgsbehov och erbjuder uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Det är dock landstinget som bär ansvaret för att informationen når ut och det är landstinget som beviljar stödet (8 a § st. 1 och st. 2 tandvårdslagen). Själva utförandet av den uppsökande verksamheten görs antingen av folktandvården i landstingens regi eller av en upphandlad privat eller offentlig utförare. Det är alltså flera aktörer som är involverade i den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården, och det är därför centralt att kommunikationen och samarbetet dem emellan fungerar på ett bra sätt. Annars finns det risk att stödet för de äldre uteblir.

”Landstinget ska samarbeta med kommuner och privata verksamheter och det tar tid att arbeta upp den här typen av kontakter.”

Cheftandläkare

Våra analyser talar för att samverkan mellan tandvården, landstingen och kommunerna inte alltid fungerar som det är tänkt. Det saknas vägledning kring ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting vad gäller den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården. Detta bestäms ofta på regional eller lokal nivå genom överenskommelser mellan landsting och kommuner. Upplägget kan göra rollfördelningen otydlig, vilket ökar risken för att erbjudande om stöd uteblir. Både tidigare studier och intervjupersoner pekar på att ansvarsfördelningen i vissa fall kan innebära utmaningar vid genomförandet av den uppsökande verksamheten – utmaningar som leder till variationer, såväl mellan som inom landsting (SKL 2007, 2014). Tidigare studier visar att i vissa landsting har majoriteten

av individerna som uppfyller kriterierna för uppsökande verksamhet såväl erbjudits som tackat ja till munhälsobedömning (Socialstyrelsen 2006). I andra landsting är det tydligt att en relativt stor andel i målgruppen inte har blivit erbjudna och därmed inte heller fått ta del av stödet. Intervjuade personer uppger att rutiner och bestämmelser kring vem i kommunen som ska identifiera äldre som kan vara berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, och erbjuda möjligheten till stöd, varierar lokalt och regionalt. Intervjuade personer vittnar också om att det råder oklarheter kring vem det är som har denna uppgift. Otydligheten kan öka risken att erbjudande om stöd uteblir.

”Biståndsbedömaren har missförstått sitt uppdrag – de ska inte bedöma om patienten är i behov av tandvård – de ska enbart bedöma om patienten är berättigad till [tandvårds-] stöd, men det görs inte på ett systematiskt sätt överallt.”

Docent gerodonti (äldretandvård)

”Det råder missförstånd vad gäller nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet. Det är inte biståndsbedömarnas uppdrag att bedöma tandvårdsbehovet hos den enskilde individen, det är inte kopplat till den prövning de ska göra.”

Företrädare SKL

”Det är svårt att prioritera upp tandvårdsstöden, men om vi visste mer om varför det var viktigt och vad det innebär för patienten så skulle det göras oftare. Vi har väldigt lite information.”

Biståndsbedömare

I en enkätundersökning från Sveriges Tandläkarförbund från 2013, som studerade hur munhälsa uppmärksammas hos äldre som bor kvar i sitt ordinarie boende, uppgav 5 procent av de 229 kommuner som besvarat förbundets enkät att de alltid tar upp munhälsa och tandvård i samband med bedömning av äldres (omsorgs-/) biståndsbehov (Tandläkarförbundet 2013). En tredjedel uppgav att det sällan eller aldrig görs. I de fall det framkommer att äldre har stort omvårdnadsbehov uppgav 56 procent

av kommunerna att den äldre vanligtvis erbjuds uppsökande och/eller nödvändig tandvård. Resultaten tyder på att det förekommer regionala och lokala variationer. Ytterligare en studie som undersökte biståndsbedömares kunskap om och attityder till munhälsovård för äldre samt vilka initiativ som togs för att säkerställa att personer får tillgång till tandvård och munhälsobedömning bekräftar denna bild. Intervjuade biståndsbedömare menade att tandvårdsstöd inte var en fråga för deras yrkesgrupp och oftast fanns inga rutiner för att försäkra sig om att munhälsobedömning utfördes hos omvårdnadsberoende äldre (Gabre m.fl. 2007).

Bristfälliga upphandlingar medför patientsäkerhetsrisker och gör att vissa grupper av äldre nås i lägre utsträckning

Flera intervjuade personer menar att upphandlingarna av den uppsökande verksamheten utformas på ett sådant sätt att det uppstår oönskade effekter i vissa avseenden. Detta påverkar kvaliteten i den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården, vilket dels drabbar äldre som bor kvar hemma men också de äldre som bor på särskilt boende. Ett problem som ofta påtalas är att flera aktörer – såväl privata som offentliga – har lagt underfinansierade anbud för att vinna upphandlingen av den uppsökande verksamheten. Denna typ av låga anbud kan förekomma av affärsmässiga skäl om man exempelvis kan motivera den uteblivna ersättningen för tjänsten med att möjligheten att utföra tjänsten medför andra vinster för aktören. I detta fall kan det till exempel handla om att utföraren genom den uppsökande verksamheten når individer som också är berättigade till nödvändig tandvård, för vilken man kan få annan ersättning från landstinget. Detta bidrar enligt intervjupersoner till att många berättigade äldre som bor kvar i hemmet inte erbjuds uppsökande verksamhet på ett bra sätt eller i tillräcklig omfattning. För att söka upp, kontakta och träffa äldre som bor i eget boende krävs en mycket större arbetsinsats per patient i jämförelse med att söka upp äldre som bor på särskilt boende där flera berättigade återfinns på samma plats. Bland annat till följd av detta tenderar aktörerna att fokusera på att nå äldre som bor på särskilt boende. Det finns enligt intervjupersoner en risk för att äldre som inte tar del av den uppsökande verksamheten inte heller får tillgång till den nödvändiga tandvården, vilket kan medföra underbehandling av äldre som bor hemma.

”Upphandlingsförfarandet skapar en rörighet och oklarhet. Man byter ansvariga företag och det fungerar inte bra. Man har lagt nollkroneanbud för munhälsobedömningar enbart för att komma åt den nödvändiga tandvården och få tillgång till listorna.”

Tandvårdschef

Det har vidare framkommit att de underfinansierade anbuden för uppsökande verksamhet medför en ökad risk för att aktörerna kompenseras för en begränsad ersättning genom att bedriva en mer omfattande nödvändig tandvård än vad som är medicinskt och etiskt motiverat (Lundqvist och Davidson 2013).

”Många upphandlar detta till för lågt pris, det bygger på att man väljs för nödvändig tandvård, som sedan ska finansiera verksamheten. Det finns risk för överbehandling.”

Cheftandläkare

”Många aktörer finansierar verksamheten genom nödvändig tandvård och gör då behandlingar som inte alltid är optimala för patienten.”

Tandvårdschef

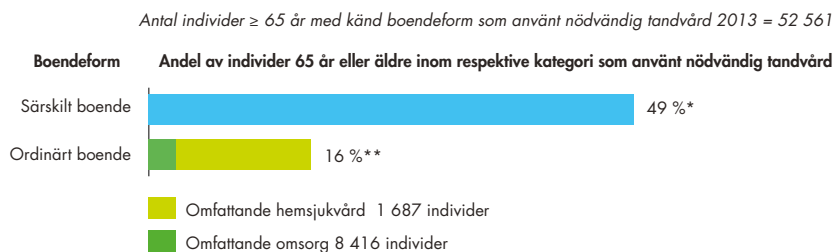
Framför allt har denna risk identifierats för äldre på särskilt boende, som är de som i högre utsträckning nås av den uppsökande verksamheten. Det ska sägas att den äldre själv får välja vilken tandläkare som ska utföra den nödvändiga tandvården enligt 15 a § tandvårdslagen (till skillnad från vem som genomför munhälsobedömningen inom ramen för den uppsökande verksamheten). Enligt intervjuer med tandvårdsföreträdare och medarbetare på särskilda boenden uppfattas detta dock inte alltid som ett fritt val av individen.

Analysen från tandhälsoregistret, av vad som angetts som grund för utfärdande av stöd, stödjer att nödvändig tandvård framför allt når individer som bor på särskilt boende. Nästan hälften av målgruppen som bor permanent i särskilt boende använde stödet år 2013. Det kan jämföras med att mindre än en femtedel av målgruppen som bor i ordinärt boende med omfattande hemsjukvård eller omfattande omsorg använde nödvändig tandvård samma



år (figur 14). Ytterligare 2 609 personer 65 år eller äldre använde nödvändig tandvård under 2013. Grunden för utfärdande av stödet för dessa individer var att de omfattas av LSS. Boendeform redovisas dock inte för dessa individer varför de inte finns med i figur 14 nedan.

Figur 14. Andel av individer 65 år eller äldre som använt nödvändig tandvård, per boendeform, 2013.



* Uppskattningen av antal personer som bor på särskilt boende bygger på uppgifter från Socialstyrelsen om att totalt 87 000 personer \geq 65 år bodde på särskilt boende år 2012. Här avses särskilda boendeformer för service och omvårdnad som kommunerna enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen ska inrätta för äldre som behöver särskilt stöd. 42 458 äldre använde nödvändig tandvård 2013.

** Uppskattningen av antal personer som bor i ordinärt boende och är berättigade till nödvändig tandvård baseras på Socialstyrelsens uppgifter om antalet personer \geq 65 år som var beviljade minst 26 hemtjänsttimmar per månad 2012, det vill säga totalt cirka 62 000 individer. Uppskattningen är sannolikt en underskattning då äldre personer som vårdas av anhöriga i hemmet eller personer med hemsjukvård inte ingår (det kan dock finnas personer i gruppen som vårdas av anhöriga/har hemsjukvård). 10 103 äldre använde nödvändig tandvård 2013.

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013, Socialstyrelsen 2013d.

I SKL:s uppföljning av de landstingsfinansierade tandvårdstöden framgår det att kostnaderna för den uppsökande verksamheten varierade kraftigt mellan landstingen under år 2013: från noll kronor per munhälsobedömning i Gävleborg till 713 kronor per munhälsobedömning i Norrbotten (SKL 2014). Variationerna kan sannolikt delvis förklaras av upphandlingsmekanismerna som beskrivs ovan.

2.3 DET SAKNAS FUNGERANDE KUNSKAPSSTYRNING FÖR ÄLDRES MUNHÄLSA OCH TANDVÅRD

Denna studie har som syfte att belysa och analysera hur utformningen och tillämpningen av fyra tandvårdsstöd fungerar för äldre. I avsnitt 2.1 och 2.2 har vi redogjort för de utmaningar som identifierats för de olika tandvårdstöden. Ytterligare en observation har dock gjorts, som inte är direkt kopplad till något

av de fyra tandvårdsstöden, men som får konsekvenser för den tandvård som erbjuds äldre och därmed är central för äldres munhälsa och tandvård i ett större perspektiv.

Det har under arbetets gång blivit tydligt att det till stor del saknas en sammanhållen nationell kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård. Detta ökar risken för att äldre patienter inte ges den tandvård de behöver utifrån sina behov. Flera av våra intervjuade personer poängterar att brist på kunskap bland samtliga aktörer utgör ett problem, och våra analyser visar att flera av de identifierade utmaningarna på olika sätt kan kopplas till möjliga kunskapsluckor inom tandvård för äldre.

Tandvård för äldre baseras inte i tillräcklig utsträckning på vetenskapligt underlag

Det framgår i både litteraturen och av intervjuade personer att det till stor del saknas gedigna kunskapsunderlag och forskning som behandlar äldres munhälsa utifrån målgruppens särskilda behov (Tronje Hansson 2013, Socialstyrelsen 2014). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) påpekar i en rapport från år 2000 att det vetenskapliga underlaget för flera av de metoder som används inom tandvården är bristfälligt (SBU 2000). Det framkommer också i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvård att det inom flera områden finns kunskapsluckor (Socialstyrelsen 2011b). Intervjuade personer beskriver dessutom att intresset för äldretandvård generellt sett är svalt inom professionen. Några viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsläget inom tandvården. Som exempel kan nämnas bildandet av en nationell arbetsgrupp, *Nystart för svensk odontologisk forskning*, på initiativ av Vetenskapsrådet, SBU, SKL, Socialstyrelsen och Tandläkarförbundet. Vidare finansierar Vetenskapsrådet en nationell klinisk forskarskola i odontologi, administrerad av Karolinska institutet tillsammans med Malmö högskola, Göteborgs universitet och Umeå universitet (Karolinska Institutet 2014). Ett så kallat HTA-nätverk för tandvård har upprättats vid Malmö högskola, Health Technology assessment – Odontology. HTA innebär utvärdering av medicinska metoder. Nätverket har till syfte att stötta nationella HTA-initiativ samt nätverkande och finansiering av klinisk behandlingsforskning inom området.

Trots vissa pågående initiativ finns det fortfarande kunskapsluckor inom tandvård för äldre (gerodonti). Avsaknaden av kunskapsunderlag inom området gerodonti kan få negativa effekter på den munhälso- och tandvård som ges, i termer av att den inte utformas utifrån forskning om lämpliga



behandlings. Det finns enligt intervjuade personer ett behov av att stimulera forskningsverksamhet inom området, det vill säga olika typer av incitament behövs för att denna typ av forskning ska bedrivas.

”Det saknas forskning om vad som är det mest effektiva och ändamålsenliga omhändertagandet av målgruppens munhälsa. Det vetenskapliga underlaget bakom dagens tandvårdssystem behöver därför stärkas.”

Företrädare Socialstyrelsen

Något som bekräftar den begränsade kunskapen om tandvård för äldre inom tandläkarprofessionen är det faktum att området utgör en högst begränsad del inom grundutbildningen, och det är inte en obligatorisk kurs på alla institutioner. Tandhygienisterna studerar till viss del gerodonti, men denna utbildning beskrivs inte som tillräckligt omfattande.

”Tandläkare har för dålig kunskap om äldretandvård och det är inte en obligatorisk del av grundutbildningen.”

Företrädare Centrum för äldretandvård

I intervjuer har det också framkommit att vård- och omsorgspersonal bedöms ha begränsad kunskap om munhygien och äldres behov av munvård. Detta uppges vara utmanande då personalens kunskap och insatser är viktiga förutsättningar för att sköra och beroende äldre ska kunna upprätthålla en god munhälsa. Det kan i vissa fall vara svårt att hjälpa äldre med munhygien eftersom det kan upplevas som integritetskränkande (Socialstyrelsen 2014). Trots att utbildningsinsatser ges till vård- och omsorgspersonal inom ramen för den uppsökande verksamheten, har tidigare studier pekat på att personalens kunskap om munvård generellt sett inte är tillräcklig (Hagman Gustavsson m.fl. 2012, Tronje Hansson m.fl. 2013, Socialstyrelsen 2014). Landstings- och kommunföreträdare uppger att det många gånger är svårt att motivera personalen att delta vid de utbildningstillfällen som erbjuds i anslutning till den uppsökande verksamheten.

”Det är svårt att få hemtjänstpersonalen att komma till utbildningen på grund av att de inte har tid med det.”

Munhälsostrateg

”Munhälsa är viktigt och det behövs mer utbildning om detta i grundutbildningarna till vårdbiträden och undersköterskor.”

Chef kommunal hemtjänst

Det finns inga nationella riktlinjer om äldres munhälsa och tandvård

I dagsläget saknas övergripande nationella kunskapsstyrningsdokument vad gäller tandvård för äldre, såsom exempelvis nationella riktlinjer. Socialstyrelsen tog år 2011 fram nationella riktlinjer för vuxentandvård men enligt flera intervjupersoner behövs det mer målgruppsanpassade riktlinjer som är särskilt anpassade till äldres behov. Avsaknaden av tydliga nationella direktiv ökar också risken för att regionala och lokala skillnader i behandling av äldre uppstår. Det uppges bidra till oklarheter om vilken behandling som bör genomföras, exempelvis inom ramen för den nödvändiga tandvården. Ett annat exempel som nämnts är att det förekommer regionala variationer vad gäller förekomsten av mobil tandvård. Mobil tandvård bedrivs med mobil utrustning utanför en stationär tandvårdsmottagning, och riktar sig till patienter som har svårt att ta sig till en tandvårdsmottagning (Folktandvården Sverige 2013).

”Kunskapsstyrningen är bristfällig. Det saknas nationella riktlinjer och myndigheterna tar inte riktigt sitt ansvar.”

Professor parodontologi

”Det skulle vara bra med fler nationella riktlinjer, att ha vetenskapen bakom sig blir allt viktigare.”

Övertandläkare



Folktandvården Sverige har på eget initiativ tagit fram ett gemensamt styrdokument som fokuserar på tandvård för äldre (Folktandvården Sverige 2013). Ramdokumentet syftar till att etablera en gemensam syn på hur Folktandvården bör bedriva äldretandvård. I ramdokumentet betonas att tandvården på olika sätt måste anpassa behandlingen och bemötandet av den äldre patienten utifrån individens unika behov. Det framgår också att mycket tyder på att gruppen sköra äldre i jämförelse med oberoende äldre har en större förekomst av munsjukdomar och komplicerad tandvårdsproblematik. Vidare betonas att sköra äldre har en tendens att utebli från inbokade tandvårdsbesök, vilket vårdgivaren bör vara uppmärksam på och därför sträva efter att säkra en regelbunden tandvårdskontakt. Omvänt har det framkommit i intervjuer att det är problematiskt att tandvårdstöden inte är utformade för att stödja att äldre behåller sin tandvårdskontakt när de träder in i den sköra fasen. I dag erbjuds till exempel äldre uppsökande verksamhet trots att de redan har en etablerad tandvårdskontakt. På samma sätt menar intervjuade personer att tandvårdstödens utformning brister i termer av att den äldre blir berättigad till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård först när hen har trätt in i den beroende fasen. Detta påtalas också i tidigare studier (Gabre m.fl. 2007).

”Uppsökande verksamhet är meningslöst för den grupp som går regelbundet i tandvården. Det blir två som ger råd om samma mun, vilket drar en resurs och dessutom leder till oreda.”

Chefandläkare

”Sköra äldre är den grupp som har det svårast i tandvården, de tappar sin tandvårdskontakt och en stor andel är ännu inte berättigade något extra stöd. Som systemet ser ut i dag kommer insatserna för sent.”

Docent gerodonti (äldretandvård)

Folktandvårdens ramdokument kan utgöra en bra grund för fortsatt arbete kring arbetssätt och rutiner, men mer kunskap behövs och fler aktörer måste involveras för att tandvården för äldre till fullo ska bli ändamålsenlig.

Brist på rutiner och forum för uppföljning inom landsting försämrar möjligheten för äldre att ta del av stöden

Genomförda intervjuer pekar på att det till viss del saknas rutiner och forum för uppföljning och erfarenhetsåterföring på landstingsnivå, och att det finns regionala variationer. På sikt påverkar detta äldres möjligheter att ta del av stöden. I studien har framkommit att det finns utvecklingspotential vad gäller uppföljningen av tandvårdsstöden i både Region Örebro län och Landstinget i Värmland. Landstingsföreträdare i Värmland uppger att de samlar in viss statistik men att man inte har arbetat med uppföljningsarbetet för att förbättra verksamheten i tillräcklig utsträckning. I båda de undersökta landstingen fokuserar den regionala uppföljningen i huvudsak på uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, medan övriga stöd inte följs upp i samma utsträckning. Intrycket är att det saknas omfattande uppföljningar av tandvården för äldre som helhet på regional nivå.

Variationer i inrapportering och osäkra målgruppsuppskattningar försvårar uppföljning och kvalitetsutveckling

Registreringen i Socialstyrelsens tandhälsoregister görs inte centralt av landstingen. Det är i stället varje enskild vårdgivare som via journalsystemet rapporterar in uppgifter om utförd tandvård till Försäkringskassan. Från Försäkringskassan överförs sedan uppgifterna till tandhälsoregistret. Det har beskrivits av flera intervjupersoner att det finns osäkerheter i registreringen av den landstingsfinansierade tandvården, bland annat utifrån att inrapporteringen inte är kopplad till utbetalning av ersättning, som för de statliga tandvårdsstöden. Osäkerheten innebär att det statistiska underlaget brister i tillförlitlighet.

SKL har under många år genomfört uppföljningar av landstingens tandvårdsstöd. SKL bygger sin uppföljning på uppgifter som landstingen själva rapporterar in. Processen för att samla in data från landstingen har de senaste åren genomgått förändringar i syfte att standardisera processen och därmed förbättra datakvaliteten. Trots dessa ansträngningar finns enligt SKL fortsatta kvalitetsbrister i inrapporterad data. (SKL 2014)

Ytterligare en försvårande faktor kan härledas till utmaningar att definiera målgrupperna. Landstingen verkar göra olika tolkningar av kriterierna för utfärdande av stöd, och definitionen av målgrupperna varierar. Även detta påverkar datakvaliteten vilket försvårar uppföljning och jämförbarhet på nationell nivå.



Sammantaget finns det ingen på nationell nivå som vet varken hur många äldre som borde nås av stöden eller, för de landstingsfinansierade stöden, hur många som faktiskt nås i dag. Detta försvårar uppföljning och kvalitetsutveckling av tandvård för äldre.

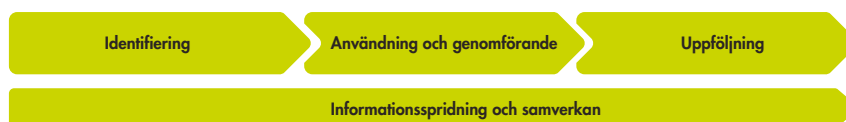
2.4 PRAKTISKA EXEMPEL PÅ VERKSAMHETEN KRING STÖDEN I LANDSTING OCH KOMMUNER

För att få en fördjupad förståelse av hur de undersökta tandvårdsstöden fungerar i praktiken genomfördes djupintervjuer i två landsting/regioner: Landstinget i Värmland och Region Örebro län. För att förenkla kommer vi fortsättningsvis i jämförande beskrivningar benämna både region och landsting som landsting. Då kommunerna spelar en betydande roll för den verksamhet som bedrivs inkluderade studien intervjuer med kommunföreträdare i respektive landsting; Karlstad kommun i Landstinget i Värmland och Nora kommun i Region Örebro län. Fokus var att undersöka skillnader och likheter i rutiner och arbetssätt, då landstingen har relativt stort handlingsutrymme att utforma verksamheten utifrån lokala förutsättningar. En fördjupad beskrivning av bakgrund och metodik återfinns i bilaga 2 *Metodbeskrivning*.

Resultaten redovisas utifrån ett processramverk – från identifiering till uppföljning

De praktiska exemplen från intervjuerna i två landsting och kommuner sammanfattas nedan utifrån ett ramverk som utgår från att arbetet med tandvårdsstöden genomförs i tre steg; (1) *identifiering*, (2) *användning och genomförande* samt (3) *uppföljning*. I samtliga steg är informations-spridning och samverkan centrala inslag.

Figur 15. Ramverk för sammanfattning av våra praktiska exempel från två landsting.



Vår studie visar att det förekommer både likartade och skilda arbetssätt i den verksamhet som kan kopplas till tandvårdsstöden på landstings- och

kommunnivå. Sammanfattningsvis har båda landstingen upprättat system för att identifiera personer som är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Motsvarande systematiska arbetssätt för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning förekommer däremot inte i något av landstingen. I båda landstingen är det folktandvården som utför den uppsökande verksamheten. I Landstinget i Värmland är verksamheten upphandlad medan den i Region Örebro län bedrivs i egen regi. För uppföljning av stöden finns det särskilda arbetssätt i båda landstingen, och uppföljningen fokuserar i huvudsak på uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Samverkan mellan landsting och kommunerna sker också i båda landstingen. När det gäller samverkan mellan tandvården och sjukvården så har vissa rutiner för detta upprättats, men det uppges att samarbetet ännu inte fungerar tillräckligt tillfredsställande.

Identifiering

Båda de studerade landstingen har särskilda system för att identifiera personer som är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. I Landstinget i Värmland/Karlstads kommun har i första hand biståndsbedömare men också andra kommunala funktioner, såsom exempelvis omsorgschefer, ett rapporteringsansvar. Dessa personer genomgår en särskild utbildning som landstinget håller, och de ansvarar för att identifiera personer som kan vara berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård samt för att förmedla ett beslutsunderlag om tilldelning av stöd till landstingets tandvårdsenhet. I Region Örebro län/Nora kommun utses också rapportörer (exempelvis biståndsbedömare, enhetschefer eller sjuksköterskor) som har till uppgift att rapportera in individer som bedöms vara berättigade till uppsökande verksamhet till landstingets tandvårdsenhet. Ansvar är reglerat i ett avtal mellan landstinget och kommunerna. I båda landstingen uppges att relationen med kommunen är oerhört viktig då det är rapportörerna som avgör hur väl man lyckas identifiera berättigade individer. Generellt upplevs systemen fungera väl för att identifiera berättigade äldre som bor på särskilda boenden, men det upplevs svårare att nå ut till dem som inte har någon kontakt med kommunen för att de vårdas av anhöriga.

För beslut om berättigande tillämpar båda landstingen kriterierna för personlig omvårdnad under större delen av dygnet från Socialstyrelsens meddelandeblad från 2004, det vill säga omvårdnadsinsatser minst tre gånger per dygn samt tillsyn under natten. I Värmland blir man även berättigad till stöd om man i stället för tillsyn har larm natttid. Region Örebro län

har kompletterat kriterierna med en något mer detaljerad nedbrytning för att kunna separera psykiatrisk vård från äldrevård. Det har av vissa landstingsföreträdare lyfts att gränserna i meddelandebladet är alltför strikta och oflexibla och därmed inte lämpliga att tillämpa till fullo.

Vad gäller tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är det i båda landstingen i huvudsak läkare och tandläkare som informerar individer om att de kan vara berättigade till stöden, då det krävs ett läkarintyg som underlag för att stöd ska beviljas. Efter utfärdande av läkarintyg skickas det till respektive landstings tandvårdsenhet som prövar ärendet. Om stödet beviljas utfärdas ett så kallat "F-kort". Denna process upplevs av intervjuade läkare i båda landsting som omständlig. Det framförs att det kan vara utmanande med samverkan och kommunikation kring intygen mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Det lyfts också fram att det saknas tillräcklig vägledning i hur bedömningsverktyget ska användas och att kännedomen om det är relativt begränsad i sjukvården. Detta leder till att läkare gör olika bedömningar av vilka som är berättigade till stödet.

När det kommer till det statliga stödet särskilt tandvårdsbidrag uppger landstingen att det antingen är läkare – som träffar berörda patienter – eller tandvården som informerar patienten om att stödet finns. I Region Örebro län uppges att det är tandvården som i stor utsträckning initierar läkarkontakten så att läkarintyg utfärdas.

Genomförande och användning av stöden

I Landstinget i Värmland är den uppsökande verksamheten upphandlad, och vid senaste upphandlingstillfället vann folktandvården som därmed är ansvarig leverantör. I upphandlingsavtalet finns olika kvalitetskrav, till exempel att munhälsobedömningar ska genomföras inom två månader efter att folktandvården fått besked om att en berättigad person har tackat ja till erbjudandet. I Region Örebro län bedrivs den uppsökande verksamheten i landstingets regi, det vill säga av folktandvården. Verksamheten har tidigare varit upphandlad, och olika privata aktörer har då ansvarat för delar av den uppsökande verksamheten inom regionen. Det upplevs dock finnas stora fördelar med att en enda aktör ansvarar för all uppsökande verksamhet. Från landstingens sida så har det också påpekats att det upplevs som positivt att det inte längre är flera olika aktörer som ansvarar för stödet.

I Landstinget i Värmland pågår en särskild satsning för äldres munhälsa och inom ramen för denna har så kallade "N-tandhygienister" utsetts. Tandhygienisterna finns i varje kommun och de utför den uppsökande verksamheten. I varje kommun finns även en så kallad "N-tandläkare" som

har ett särskilt intresse för äldretandvård. I Region Örebro län finns särskilt utsedda tandhygienister som ansvarar för att utföra den uppsökande verksamheten. Tandhygienisterna är anställda av folktandvården och har ett fördelat områdesansvar inom hela länet. Arbets sättet med särskilda tandhygienister som utför den uppsökande verksamheten uppges i båda landstingen vara en framgångsfaktor, då det skapar förutsättningar för kontinuitet i relationen till kommunrepresentanterna och god kompetensutveckling.

I Region Örebro län anordnas årligen utbildningstillfällen i form av munvårdsträffar och utbildning av ny personal. Munvårdsträffarna ska fungera som en löpande påminnelse om vad vård- och omsorgspersonalen bör tänka på i den dagliga omvårdnaden. Utbildningen sker i samband med personalens arbetsplatsträffar och utgår från faktiska brukarfall. Arbets sättet att ta utgångspunkt i faktiska brukarfall har utvecklats över tid och uppges av intervjuade landstingsföreträdare och personal på särskilt boende vara uppskattat. I Landstinget i Värmland genomför man ett utbildningstillfälle med vård- och omsorgspersonalen varje år, och om intresse finns bland personalen kan även särskilda munvårdsombud utbildas. I båda landstingen uppges dock att det är svårt att få omsorgspersonalen att delta på de utbildningar som erbjuds och att genomslaget för de utbildande insatserna därför varierar.

Vad gäller nödvändig tandvård, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och särskilt tandvårdsbidrag är det tandvården som utför behandling och åtgärder efter behov på de individer som beviljats stöd. Patienterna väljer själv vilken tandläkare som ska utföra behandlingen.

Uppföljning

I Landstinget i Värmland genomförs årliga uppföljningar av den uppsökande verksamheten. Det görs med uppgifter om antalet personer som tackat ja till erbjudandet om munhälsobedömning, antalet personer som har fått stödet utfärdat, genomförda utbildningsinsatser samt handläggningstid. Uppföljningar görs också av grunderna för utfärdat stöd. I slutet av året sammanställs en verksamhetsberättelse och eventuella kvalitetsbrister i enskilda kommuner eller verksamheter följs upp med avvikelserapportering. Utifrån den samlade uppföljningen kan varje särskilt boende själva bryta ner och analysera utfallet på verksamhetsnivå. I Region Örebro län följer landstinget också regelbundet upp antalet genomförda munhälsobedömningar samt hur utfallet skiljer sig åt mellan de ansvariga tandhygienisterna. Man gör även en årlig genomgång av identifierade personer för att inte missa några



som kan vara berörda. Det görs en grov rimlighetsuppskattning kring antalet personer som fått erbjudande om munhälsobedömning i relation till förväntat antal i målgruppen, men det lyfts fram att det är ett område som skulle vara värdefullt att utveckla vidare. Uppföljningen omfattar också en dialog med kommunerna med kravet att kommunerna ska kommentera utfallet och ta fram en plan för kommande års verksamhet. Båda landstingen följer upp variationer i grunder för utfärdat stöd, utvecklingen över tid samt andel personal som genomgått munvårdsutbildningar.

I båda landstingen görs uppföljning av hur många individer som använt nödvändig tandvård och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Dock görs ingen uppföljning av andelen som använt stöden i förhållande till förväntat antal individer i målgruppen. I Region Örebro län lyfts detta för upp som ett utvecklingsområde för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, där man planerar att göra en insats.

När det kommer till särskilt tandvårdsbidrag görs ingen uppföljning kring användning av stödet i de undersökta landstingen, vilket förklaras med att landstingen inte har någon formell roll kopplad till administrering eller finansiering av stödet.

Informationsspridning och samverkan

Information till målgruppen och anhöriga

Både Landstinget i Värmland och Region Örebro län har till viss del förmedlat information om tandvårdsstöden till patient- och anhörigföreningar och i båda landstingen publiceras information till allmänheten på landstingens hemsidor. Det uppges dock vara svårt att nå ut med informationen, och kännedomen om samtliga stöd verkar brista hos såväl allmänheten som de berörda målgrupperna. I Region Örebro län har ett Äldrecentrum startats som bland annat planerar att sprida information om munhälsovård och om tandvårdsstöden till berörda målgrupper och allmänhet. Upplevelsen att det är svårt att nå ut med informationen delas dock även i Region Örebro län.

I både Landstinget i Värmland och Region Örebro län uppfattar man att det formella informationsansvaret för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och särskilt tandvårdsbidrag vilar på Försäkringskassan. Intervjuade läkare inom berörda specialiteter beskriver att det saknas formella rutiner för informationsspridning, men att de försöker komma ihåg att informera berörda patienter vid undersökningar och dylikt. På Örebro universitetssjukhus planerar man att prova att informera i

samband med patientutbildningar. Företrädare från folktandvården i Landstinget i Värmland berättar att de i vissa fall informerar patienter med diagnoser som gör dem berättigade till stöd om att de kan ansöka om intyg i hälso- och sjukvården.

Information till tandvården

I Landstinget i Värmland informeras tandvårdsprofessionen om de särskilda tandvårdsstöden, dels genom information på landstingets hemsida, dels genom vissa riktade informationsinsatser. Landstinget har exempelvis tagit fram ett material till vissa tandläkargrupper och en referensgrupp bestående av tandläkare från såväl folktandvården som från den privata tandvården. Den egna uppfattningen är att tandvården har god kännedom om stöden. I Region Örebro län informeras tandvårdsprofessionen om de särskilda tandvårdsstöden genom ordinarie informationskanaler. Det upplevs fungera väl, även om det samtidigt exemplifieras att kännedomen om stöden kan variera stort mellan olika tandläkare. Under 2013 genomfördes dessutom särskilda informationsinsatser om tandvårdsstöden till all tandvårdspersonal.

Information till och samverkan med kommunen

I båda landstingen finns vissa rutiner för samverkan med och informationsspridning till kommunala företrädare. Utsedda rapportörer informeras exempelvis i samband med att de får utbildning. I Landstinget i Värmland finns ett strukturerat samarbete mellan landstinget och kommunerna inom ramen för en pågående äldresatsning. Samarbetet består av att klinikchefer träffar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, kommunala företrädare och enhetschefer för att anpassa den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården utifrån de olika verksamheternas förutsättningar. Man har också årliga informations- och återkopplingsträffar med samtliga kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Under träffarna diskuteras problem, och erfarenheter om den uppsökande verksamheten utbyts. I Region Örebro län har rutiner för samverkan med kommunerna upprättats inom ramen för avtalet med de utsedda rapportörerna. Folktandvården har också rutiner för samverkan med vård- och omsorgspersonal, bland annat hålls regelbundna träffar med medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Information till och samverkan med hälso- och sjukvården

Landstinget i Värmland har i viss mån genom tandvårdsenheten erbjudit informations- och utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårds-



personal, men intresset från sjukvårdens sida beskrivs som begränsat. När särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes år 2013, förde tandvårdsenheten in Socialstyrelsens intygsblanketter i sjukvårdens länsövergripande journalsystem. En översiktlig lathund om tandvårdstöden som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården har också tagits fram. I Region Örebro län har samverkan mellan folktandvården och primär- respektive specialistvård initierats, men är fortfarande i sin linda. Som nämndes tidigare har ett Äldrecentrum inrättats. Det ska bland annat sprida information och kunskap till hälso- och sjukvården. I Örebro har man också initialt riktat särskilda informationsinsatser till hälso- och sjukvården (sjukhusen och primärvården). Det finns även instruktioner om läkarintyg för särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning på sjukvårdsförvaltningens interna hemsidor.

Rekommendationer för att äldre i större utsträckning ska uppnå och bibehålla en god munhälsa

Utifrån observerade utmaningar ger vi tre huvudsakliga rekommendationer. Rekommendationerna syftar till att ge äldre bättre förutsättningar för att upprätthålla kontakten med tandvården samt uppnå och bibehålla en god munhälsa. För att åstadkomma resultat på kort sikt rekommenderar vi en rad förenklingar och förbättringar inom nuvarande system, såsom ett förtydligt och samlat informationsansvar. För att lösa problem av mer strukturell karaktär på längre sikt föreslår vi att regeringen utreder hur tandvårdsstöden kan förenklas och hur integrationen mellan tandvården och kommunernas äldreomsorg samt hälso- och sjukvården kan förbättras. Avslutningsvis rekommenderar vi att åtgärder vidtas för att stärka kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldretandvården.

3.1 GENOMFÖR ÅTGÄRDER SOM PÅ KORT SIKT GÖR ATT FLER ÄLDRE FÅR TA DEL AV TANDVÅRDSSTÖDEN PÅ LIKA VILLKOR

Som vi redovisar i kapitel 2 har de undersökta tandvårdsstöden ett begränsat genomslag bland äldre. Stöden erbjuds inte äldre på lika villkor och berättigade äldre nås inte alltid av stöden.

För särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan det sannolikt delvis förklaras av att stöden är relativt nya. Samtidigt menar vi att stödets komplexitet bidrar till att varken patienterna, deras närstående, tandvården eller hälso- och sjukvården har en god förståelse av stöden. Det finns även brister i informationsöverföringen



mellan olika aktörer, och informationsansvaret är splittrat. För att möta dessa utmaningar föreslår vi bland annat åtgärder som syftar till att öka kännedomen om särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning bland patienter, deras närstående och samtliga berörda aktörer.

När det kommer till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård ser vi att de äldre inte tar del av stöden på lika villkor, och att genomslaget varierar regionalt. Det varierade genomslaget verkar också bero på att samverkan och ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting inte alltid fungerar ändamålsenligt. Dessutom finns risk för såväl under- som överbehandling av äldre då upphandlingarna av den uppsökande verksamheten utformas på ett sådant sätt att det uppstår oönskade effekter i vissa avseenden. För att möta dessa utmaningar föreslår vi åtgärder som syftar till att på kort sikt skapa förutsättningar för att äldre i hela landet i högre grad får ta del av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, med god kvalitet och på lika villkor.

Öka kännedomen om särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

En grundläggande utmaning för informationsspridningen kring särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är att informationsansvaret är uppdelat. Försäkringskassan har ansvar för att informera om särskilt tandvårdsbidrag och ett övergripande informationsansvar för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Även vårdgivare inom tandvården samt hälso- och sjukvården har ansvar för att informera patienterna om stöden. Inom landstingen upplevs det dock vara otydligt om det är tandvården, hälso- och sjukvården eller båda som ska informera om stöden. Konsekvensen av det splittrade informationsansvaret är en ökad risk för att ingen av de involverade aktörerna informerar patienterna om att stöden finns. Genomförda intervjuer bekräftar att patienter inte vet vart de ska vända sig vid frågor om tandvård och tandvårdsstöd; de vänder sig ofta till fel aktör och det tar tid innan de hamnar rätt.

I dag kommuniceras information om tandvårdsstöden till allmänheten genom flera olika informationskanaler. Det finns till exempel uppgifter om tandvård och tandvårdsstöden på Tandvårdshjälpen på 1177 Vårdguiden (1177 Vårdguiden 2015). Den befintliga informationen på webben upplevs dock inte nå fram till patienter och allmänhet i tillräckligt hög utsträckning.

Förmedlingen av information till tandvården och hälso- och sjukvården beskrivs inte heller fungera ändamålsenligt. För läkare uppges det i allmänhet vara svårt att hitta relevant och anpassat material om tandvårdsstöden och munhälsans koppling till vissa medicinska tillstånd, som kan fungera vägledande i mötet med patienter.

I intervjuerna har det efterfrågats en samlad kunskaps- och informations-tjänst som kan användas av såväl patienter och allmänhet som av medarbetare inom tandvården, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Det beskrivs sammanfattningsvis som önskvärt med en webbaserad informationsplattform som omfattar skraddarsydd och målgruppsanpassad information om tandvård och tandvårdsstöden. Här kan med fördel befintliga informationsguider och webbtjänster, såsom Tandvårdshjälpen på 1177 Vårdguiden eller FASS, användas som en utgångspunkt eller som en källa till inspiration.

Vårdanalys bedömer att det finns ett behov av att tydliggöra och samla det övergripande informationsansvaret nationellt. Behovet av ett samlat informationsansvar bekräftas av intervjuade personer, som påpekar att ett samlat informationsansvar bör omfatta alla tandvårdsstöd. Detta för att i så stor utsträckning som möjligt underlätta för patienterna, men också för professionerna. Vårdanalys bedömning är att informationsansvaret inte behöver vara knutet till den aktör som ansvarar för utbetalningen av tandvårdsstöden, utan att informationsansvaret för samtliga tandvårdsstöd går att samla hos en aktör nationellt. Socialstyrelsen, Försäkringskassan alternativt TLV skulle kunna vara exempel på aktörer för det samlade informationsansvaret för tandvårdsstöden på nationell nivå. Den statliga myndigheten skulle då ha till uppgift att sprida relevant information till patienter och medborgare, dels direkt genom egna kanaler, dels indirekt via de olika aktörerna ute i landsting och kommuner. Det är avgörande att vårdgivare inom både hälso- och sjukvården och tandvården även fortsättningsvis har ansvar för att förmedla information om stöden till patienter. För att detta ska fungera mer effektivt än i dag föreslår vi att den aktör som får det samlade informationsansvaret nationellt också får i uppdrag att ta fram vägledning för vårdgivarna kring informationsansvaret och vad informationen ska innehålla.

I början av 2014 tillsatte regeringen en utredning som bland annat ska undersöka vilken eller vilka aktörer som bör ha det övergripande ansvaret för information om det statliga tandvårdsstödet (kommittédirektiv 2014:28). Utredningens betänkande ska överlämnas under 2015. Resultatet av denna utredning bör beaktas innan beslut fattas om vilken aktör som bör ha det samlade informationsansvaret för samtliga tandvårdsstöd.

- ▶ *Regeringen bör samla informationsansvaret för alla stöd inom tandvårdssystemet nationellt hos en enskild aktör. Hänsyn bör tas till resultatet av den pågående statliga utredningen (kommittédirektiv 2014:28). En viktig uppgift för den aktör som får informationsansvaret blir att hitta ändamålsenliga sätt att sprida information om tandvård och tandvårdsstöd till patienter, medborgare och vårdgivare inom tandvård, hälso- och sjukvård samt socialtjänst.*

Säkerställ att den nationella utvärderingen av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning genomförs ur ett patientperspektiv

I samband med att särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes år 2013 aviserades att reformen skulle utvärderas efter tre år (prop. 2011/12:7). I propositionen framgår att regeringen ansåg att utvärdering är en förutsättning för god styrning samt att det behövs statistiskt underlag av god kvalitet. Det betonas också att planeringen kring genomförandet av en utvärdering bör göras i ett tidigt skede för att skapa goda förutsättningar för ett bra resultat (prop. 2011/12:7 s. 66). Vårdanalys instämmer i behovet av att genomföra en utvärdering av de införda stöden och att det krävs förberedelser och planering för att utvärderingen ska kunna ge bästa möjliga resultat.

Vårdanalys anser att vissa av de observationer som har gjorts inom ramen för detta arbete särskilt bör belysas och beaktas i den kommande utvärderingen. Utvärderingen bör:

- utgå från ett **patientperspektiv** och till exempel innehålla en **analys av subventionsnivån** för särskilt tandvårdsbidrag i relation till kostnaden som patienten betalar för läkarintyget. Våra analyser talar för att ersättningen på 600 kronor per halvår inte upplevs vara tillräcklig för att motivera berättigade patienter att ansöka om stödet, och att det därmed inte når de tilltänkta patientgrupperna. Synpunkter har också lyfts kring att det är en låg subvention i förhållande till kostnaden för att hantera de tandvårdsbehov som många i målgruppen har.
- omfatta en **genomlysning av aktuella diagnoser** och funktionsnedsättningar som berättigar patienten till särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Intervjuade personer menar att systemet med fastställda diagnoser

och funktionsnedsättningar som grund för utfärdande principiellt sett är bra. Framför allt uppges att det är positivt att det formellt fastslås att vissa diagnoser och funktionsnedsättningar har en tydlig koppling till munhälsan och förmågan att sköta munhygien. Samtidigt lyfter intervjupersoner att det skulle vara fördelaktigt att löpande se över och uppdatera vilka diagnoser och funktionsnedsättningar som berättigar till stöd; inte minst i takt med att kunskapen om olika diagnosers koppling till munhälsa ökar. Det har påpekats i intervjuerna att vissa tillstånd som är särskilt aktuella för äldre och som har en tydlig påverkan på munhälsan, såsom demens, inte finns med bland de diagnoser som berättigar till stöd.

- innehålla en **översyn av blanketterna** som används vid utfärdande av läkarintyg för att styrka att den äldre har en viss diagnos eller funktionsnedsättning. Med dagens utformning uppges det finnas hög risk för att bedömningar inte görs på samma sätt. Många intervjupersoner lyfter att intyget i dess nuvarande utformning inte fungerar optimalt. Det upplevs som svårt att fylla i vilket ökar risken för felaktigheter och godtyckliga bedömningar.
 - särskilt fokusera på hur **processerna för att bevilja** särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning fungerar. Det har framkommit att beviljandeprocesserna skapar en administrativ belastning, framför allt för patienter och läkare. Denna administrativa belastning är sannolikt en bidragande orsak till att stöden når ut till patienterna i relativt låg utsträckning. Intervjuade personer har pekat på flera möjligheter att förenkla systemet. Till exempel har föreslagits att läkarintyg kan ersättas med självdeklarationer, eller att patienter tar med utdrag ur sin journal till tandvården för att belägga sitt medicinska tillstånd.
- *Regeringen bör under 2015 förbereda den kommande utvärderingen av särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, för att skapa goda förutsättningar för ett framgångsrikt genomförande. Direktiven för utvärderingen bör utgå från ett patientperspektiv och inkludera stödets ersättningsnivå, omfattning och process för berättigande.*



Öka jämlikheten genom att upprätta nationella styrdokument för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Vår analys av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård visar att det finns ett behov av att öka jämlikheten i hur stöden erbjuds patienter och brukare i målgruppen. Detta då det i dag finns risk för omotiverade skillnader i hur stöden beviljas genom variationer i arbetssätt och otydlighet i utformningen.

Kriterierna för berättigande till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård lämnar ett stort tolkningsutrymme. Det uppges i allmänhet vara svårt för landstingen och kommunerna att förstå hur kriterierna ska tolkas och tillämpas i praktiken. Det uppfattas i dagsläget inte finnas tillräcklig vägledning kring hur ”omfattas av LSS” samt ”varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser” ska tolkas. Avsaknaden av sådan vägledning ökar risken för variationer över landet.

Det saknas vidare vägledning kring ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting vad gäller uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Landstingen ansvarar för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds dem som enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen omfattas av stödet. Kommunerna har dock en viktig roll och deras medverkan är i praktiken nödvändig för att identifiera de äldre som omfattas av stöden, samt för att lämna erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. I nuläget finns det dock oklarheter kring kommunernas ansvar för att identifiera och informera målgruppen för stöden. I förarbetena till tandvårdsstöden står att det förutsätts att landstingen tar initiativ till samarbete med kommunerna om det praktiska genomförandet, och att det skulle underlätta om landstingen och kommunerna träffar överenskommelser om detta (prop. 1997/98:112 s. 31). Det är därför inte förvånande att ansvarsfördelningen varierar mellan olika landsting och kommuner. Intervjuade personer pekar dock på att en otydlig ansvarsfördelning medför en ökad risk för att berättigade äldre inte fångas upp i rätt tid.

I proposition 2011/12:7 angavs att regeringen ansåg att Socialstyrelsen borde utfärda föreskrifter avseende samtliga former av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. För närvarande arbetar Socialstyrelsen bland annat med att kartlägga de regler som finns inom området och den bakomliggande intentionen med lagstiftningen.

- ▶ *Regeringen bör säkerställa att relevanta styrdokument för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård tas fram, med hänsyn till Socialstyrelsens pågående arbete. Styrdokumenten bör innehålla förtydliganden av målgruppskriterier samt tydliggöra ansvarsförhållandet mellan kommuner och landsting.*

Stärk förutsättningarna för att nå ut till alla äldre med rätt behandling genom förbättrade upphandlingar

Vi har inom ramen för denna studie observerat att det finns risk för kvalitetsbrister såväl i den uppsökande verksamheten som i den nödvändiga tandvården. Exempel på kvalitetsbrister är att stöden inte når ut till alla berättigade äldre men även att de som nås av tandvårdsstöden riskerar att överbehandlas. En möjlig orsak är brister i hur upphandlingarna av den uppsökande verksamheten utformas. En konsekvens av bristerna har blivit att anbud där priset understiger leverantörens kostnader för tjänsten har antagits. Dessa anbud kan motiveras med att den uppsökande verksamheten ger goda möjligheter att nå de individer som också är berättigade till nödvändig tandvård. För nödvändig tandvård får leverantören sedan en annan (och högre) ersättning från landstinget. Enligt intervjuade personer på nationell och regional nivå ökar underprissatt uppsökande verksamhet risken för att sköra äldre som bor i ordinärt boende inte får ta del av uppsökande verksamhet på ett bra sätt eller i tillräcklig omfattning. Det medför också en risk för att aktörerna kompenserar för en alltför låg ersättning för den uppsökande verksamheten genom att bedriva en mer omfattande nödvändig tandvård än vad som är medicinskt och etiskt motiverat. Denna överbehandling riskerar framför allt att drabba de äldre som bor på särskilt boende, då det är denna grupp som i första hand nås av den uppsökande verksamheten. Det finns således skäl till att se över hur upphandlingar utformas och hur brister kan förhindras.



Det finns landsting där olika typer av kvalitetsstöd upprättats i syfte att motverka såväl över- som underbehandling av patienter som tar del av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Flera landsting tillämpar till exempel så kallad förhandsbedömning av nödvändig tandvård för att säkerställa att den föreslagna behandlingen är lämplig utifrån patientens tillstånd och behov, samt om kostnaden kan anses vara skälig (till exempel Stockholms läns landsting, Landstinget i Värmland, Region Örebro län, Västra Götalandsregionen samt Landstinget i Uppsala län). Ytterligare exempel på metoder för att kvalitetssäkra den nödvändiga tandvården är att upprätta kvalitetsenheter. Detta har till exempel gjorts i Västra Götalandsregionen, som har en kvalitetsenhet bestående av tandläkare och allmänläkare. Man använder här, utöver förhandsbedömning, ett automatiskt system för kontroll och genomgång av fakturor för den nödvändiga tandvården. I uppföljningsarbetet väljs även vissa av de registrerade fakturorna ut slumpmässigt och för dessa gör kvalitetsenheten en mer gedigen genomgång och återkoppling.

Teoretiskt sett kan det finnas andra alternativa upphandlingsmodeller som ökar den enskildes eller kommunernas möjlighet att självständigt välja utförande aktörer – modeller som ännu inte har prövats eller utvärderats. En sådan modell, som har nämnts i intervjuer men som vi inte tittat närmare på, skulle kunna vara att upphandla enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) i stället för att upphandla enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Ett annat förslag som framförts är att även fortsättningsvis upphandla enligt LOU, men att då tillämpa en ramavtalsmodell.

Upphandlingsförfarandet kan också förbättras genom att den upphandlande enheten använder sig av kvalitetskrav – krav som tydligare kopplas samman med själva utförandet av den uppsökande verksamheten. Kraven kan till exempel omfatta bestämmelser kring hur själva erbjudandet av den uppsökande verksamheten ska gå till. Det kan röra sig om att informationen ska vara ändamålsenlig och målgruppsanpassad för äldre. Det kan också handla om att erbjudandet om munhälsobedömning ska ges inom en viss tidsperiod efter att den äldre har bedömts vara berättigad. Ytterligare exempel kan vara direktiv kring uppföljning av ett uteblivet eller nekande svar från en äldre person som fått erbjudande om uppsökande

verksamhet. Enkelt uttryckt så bör det inte räcka med att den utförande aktören kontaktar en potentiellt berättigad äldre med brev och noterar ett uteblivet svar som ett nej till munhälsobedömning. Ett annat kvalitetskrav kan vara att samtliga berättigade som har tackat ja till munhälsobedömning ska få en sådan utförd (100 procent måluppfyllelse) inom en viss utsatt tid. En annan möjlighet är att använda icke-kontraktbundna incitament. SKL, Vårdföretagarna och Svenskt näringsliv har tagit fram en guide för upphandling av särskilt boende inom äldreomsorgen som bland annat behandlar svårigheter kopplade till upphandling av komplexa tjänster (SKL, Svenskt Näringsliv och Vårdföretagarna 2013). Guiden lyfter till exempel fram att kvalitetskrav i förfrågningsunderlagen kan kompletteras med icke-kontraktbundna incitament för att möjliggöra en helhetsbedömning. Dessa incitament kan enligt guiden till exempel utgöras av möjlighet till kontraktsförlängning, tillämpning av referenstagnation eller utvärdering av tidigare kvalitetsutfall vid framtida upphandlingar.

- *Landstingen bör förbättra förutsättningarna för framgångsrika upphandlingar av den uppsökande verksamheten.*

3.2 UTRED TANDVÅRDSSYSTEMET UR ETT PATIENT- OCH MEDBORGARPERSPEKTIV

Vi har i rekommendation 3.1 lämnat ett antal förbättringsförslag som på kort sikt, inom ramen för nuvarande system, kan bidra till att förbättra tandvårdsstöden för äldre. Vår bedömning är dock att flera av de utmaningar vi identifierat som betydelsefulla för äldres möjligheter att ta del av tandvårdsstöden även gäller andra grupper i befolkningen. Det handlar till exempel om den bristande kunskapen om tandvårdsstöden, otydliga kriterier för berättigande och bristande samverkan mellan involverade aktörer.

Vi menar att det i ett längre perspektiv sannolikt behövs mer långtgående åtgärder än de som föreslagits i kapitel 3.1 för att tandvårdssystemet ska fungera tillfredsställande för äldre, och möjligen också för den övriga befolkningen. Vi har identifierat ett behov av en översyn av tandvårdssystemet som helhet, för att utreda hur systemet kan utvecklas ur ett patient- och medborgarperspektiv.

En utredning av tandvårdssystemet bör adressera strukturella utmaningar som gäller för hela systemet. Det handlar till exempel om att tandvårdsstöden är mycket komplexa vilket försvårar för patienter och berörda aktörer, och gör att stöden inte får önskat genomslag. Det handlar också om att utreda



behovet av att närmare integrera den traditionella och organisatoriska uppdelningen mellan tandvården och hälso- och sjukvården samt socialtjänsten – en uppdelning som gör att sårbara (äldre) individer riskerar att inte ges den behandling som behövs på ett tillfredsställande sätt. Utifrån de äldres perspektiv finns det starka skäl för att närmare integrera tandvården med kommunernas äldreomsorg samt hälso- och sjukvården. Vi föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning som tar ett helhetsgrepp om tandvårdssystemet ur ett patient- och medborgarperspektiv. Utredningen bör omfatta tre huvudsakliga frågeställningar som presenteras närmare nedan: 1) Hur kan tandvårdsstöden förenklas ur ett patient- och medborgarperspektiv? 2) Hur kan mun- och tandvård förstärkas inom äldreomsorgen? och 3) Hur kan en närmare integrering mellan tandvården och hälso- och sjukvården uppnås?

Utred hur tandvårdsstöden kan förenklas

Inom tandvårdssystemet finns ett flertal olika tandvårdsstöd. Det finns både generella tandvårdsstöd som omfattar hela befolkningen, och selektiva tandvårdsstöd som riktar sig till patienter med särskilda behov, såsom sjukdom eller funktionsnedsättning. Tre av tandvårdsstöden är statliga medan övriga finansieras av landstingen.

Denna analys har fokuserat på fyra specifika tandvårdsstöd. Under arbetets gång har det dock framkommit att den komplexitet som bedöms försvåra tandvårdsstödens genomslag inte enbart gäller dessa fyra stöd var för sig, utan konstruktionen med ett flertal olika tandvårdsstöd som riktar sig till olika målgrupper och fungerar på olika sätt. Som patient, men också som vårdgivare, uppges det vara svårt att överblicka och förstå de olika tandvårdsstöden. Komplexiteten riskerar att leda till att olika stöd inte får genomslag, då varken patienter eller vårdgivare alltid känner till att stöden finns eller förstår hur de olika stöden är utformade. Komplexiteten försvårar också möjligheten att på ett enkelt sätt nå ut med information.

Intervjuade personer har presenterat flera olika exempel på förändringar som syftar till att minska komplexiteten och den administrativa belastningen. För de fyra stöd som studien fokuserar på har intervjuade personer föreslagit möjligheten att ersätta särskilt tandvårdsbidrag, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård med ett stöd som likt i dag syftar till att stödja särskilt sårbara grupper. Berättigande skulle enligt de intervjuade personerna dock enbart baseras på två kriterier: ålder eller munhälsostatus. Stödet skulle kunna omfatta preventiv tandvård och ett urval av åtgärder likt de som i dag ingår i den nödvändiga tandvården. Stödet skulle utfärdas antingen utifrån uppnådd ålder eller utifrån tandläkares bedömning av munhälsostatus. Ett sådant system har den stora fördelen att vara enkelt i sin utformning och det har goda förutsättningar att i högre utsträckning fånga upp den grupp sköra äldre som i dag inte är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Samtidigt ställer stödet krav på tydliga direktiv kring hur bedömningen av munhälsostatus ska göras. Dessutom måste ett sådant stöd bygga på en grundlig konsekvensanalys av och beakta lärdomar från tidigare åldersbaserade stöd som inte utgick från medicinska diagnoser.

Utred hur mun- och tandvård kan förstärkas inom äldreomsorgen

Vi har gjort flera observationer som indikerar att de studerade tandvårdsstöden inte ger tillräckligt stöd för att äldre ska bibehålla en god munhälsa. Vi har därför föreslagit ett antal åtgärder som syftar till att minska risken för att stöd uteblir för de äldre som uppskattas vara berättigade, exempelvis genom ett samlat informationsansvar och förbättrade upphandlingsrutiner. Den samlade bilden är dock att detta inte är tillräckligt för att skapa ett system som fullt ut stödjer upprätthållande av en god munhälsa, särskilt inte för gruppen sköra äldre som många gånger inte är berättigade till något av de stöd som studien omfattar. Intervjuade personer vittnar om att tanken bakom stöden är god, men att det blir ett administrativt krångligt system som kräver komplex samverkan mellan olika aktörer. Dessutom inkluderas inte sköra äldre i önskad omfattning.

En strukturell invändning mot nuvarande stöd är att de träder in för sent – när en äldre person uppfyller kraven för att vara berättigad till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård finns det risk att personen redan har tappat sin tandvårdskontakt och fått så försämrade mun- och tandhälsostatus att stora åtgärder krävs. Detta kan innebära att resultatet av de förebyggande åtgärder som subventionerats av samhället tidigare i livet går förlorade. Situationen kan förhindras genom ett ökat preventivt arbete,

vilket enligt intervjupersoner inte kan säkerställas enbart genom regelbunden tandvårdskontakt utan också behöver vara en del i den dagliga omvårdnaden.

I våra genomförda intervjuer har det framkommit att fokus på och kunskapen om munhälsa och munvård är bristfällig inom den kommunala äldreomsorgen. Det påpekas bland annat att det på särskilda boenden ofta erbjuds fotvård, hårvård och sjukgymnastik men att det sällan finns tandhygienister eller tandläkare på plats. Tandläkare som är specialiserade inom gerodonti borde rimligtvis kunna ha en lika naturlig roll inom äldreomsorgen som en distriktsläkare som går rond. Det är eftersträvänsvärt att utforma den äldres vård och omsorg utifrån ett helhetsperspektiv, det vill säga utifrån samtliga behov – såväl medicinska som sociala. Det ter sig därför självklart att tandvården också utgör en del i helheten av vården. Inte minst med tanke på munhälsans nära koppling till det psykiska och fysiska välbefinnandet.

Utifrån detta skulle ett mer långtgående grepp vara att koppla tandhygienister till särskilda boenden och hemtjänstutförare. Tandhygienisterna skulle då ha en liknande roll som till exempel arbetsterapeuter har inom äldreomsorgen i dag. Utöver detta skulle tandhygienisterna kunna ges ett särskilt ansvar för att arbeta för att äldre upprätthåller sin ordinarie tandvårdskontakt. Det senare skulle alternativt även kunna uppnås genom att landstingen fördelar områdesansvar till befintliga vårdgivare inom tandvården, i syfte att verka för att äldre upprätthåller sin tandvårdskontakt trots att de träder in i en skör fas. Detta kan jämföras med arbetssättet inom barn- och ungdomstandvården, där uteblivna besök följs upp upprepade gånger och personlig kontakt tas (med barnets vårdnadshavare). Vid misstanke om att barnet far illa ska en anmälan till socialnämnden göras (14 kap. 1 § socialtjänstlagen). Det är naturligtvis inte möjligt att arbeta på samma sätt med äldre, till exempel finns vissa integritetsmässiga utmaningar som måste beaktas. Förstärkta insatser för bibehållen kontakt bör dock kunna förverkligas utan integritetskränkande inslag.

I Västra Götaland pågår ett projekt som bland annat syftar till att öka fokus på äldres behov av munvård – det så kallade Mariestadsprojektet. Mariestads kommun har anställt en tandhygienist som arbetar halvtid centralt i den kommunala förvaltningen. Tandhygienistens roll är bland annat att fungera som en rådgivande resurs i utfärdandet av tandvårdsstöd, till exempel till biståndsbedömare som gör bedömningar av äldres omvårdnadsbehov, och därigenom stärka processen för identifiering av berättigade. Tandhygienisten ska bidra till att äldres behov av munvård fångas upp i rätt tid och till att de äldre får det tandvårdsstöd de behöver. Inom ramen för projektet har större utbildningsinsatser riktade till den kommunala vård- och omsorgspersonalen genomförts. Projektet är inte avslutat och har ännu inte utvärderats, men redan nu finns indikationer på att insatserna har varit framgångsrika i termer av att sätta munhälsan i fokus. Modellen kan, när den har utvärderats, fungera som ett kunskapsunderlag.

Utred förutsättningarna för att göra "kroppen till en del av tänderna"

Flera av de utmaningar som har identifierats i denna studie och som drabbar patienterna kan relateras till att tandvården är skild från övriga hälso- och sjukvården. På samma sätt som inom omsorgen ses ett behov av att i större utsträckning än i dag inkludera munhälso- och tandvård i hälso- och sjukvården, för att äldre (och sannolikt också andra i befolkningen) ska få den vård och behandling som de behöver. Munhälsan påverkar allmäntillståndet och omvänt, och hälso- och sjukvården är en viktig möjlig kanal för att identifiera individer med risk för försämrad munhälsa. Sjukvården har i de allra flesta fall bättre möjligheter att göra patienten medveten om och bromsa början till en dålig munhälsa än vad tandvården har, som generellt sett träffar patienterna mer sällan. I studien har dock framkommit att det saknas systematiska arbetssätt i hälso- och sjukvården för att informera patienter med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar om konsekvenser för munhälsan och möjligheten till tandvårdsstöd.

En väg framåt inom hälso- och sjukvården skulle kunna vara att koppla en tandhygienist till de delar av sjukvården som träffar många högriskpatienter. Exempel som nämnts i intervjuer är primärvård och vissa specialistverksamheter såsom geriatrik, neurologi och strokevård. Det skulle vara ett sätt att höja kompetensen och medvetenheten om allmänhälsans betydelse för munhälsan, och omvänt, inom hälso- och sjukvården.

Ovan har beskrivits att det saknas en helhetssyn på patienten, i det avseendet att munhälsa ofta behandlas som någonting vid sidan av den



allmänna hälsan. Detta trots att det finns tydliga samband dem emellan. Uppdelningen kan sannolikt till stor del förklaras av att hälso- och sjukvården och tandvården är organisatoriskt separerade genom olika lagstiftning – hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen. Tandvården har också andra finansieringsprinciper än det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Till exempel ser högkostnadsskyddet inom hälso- och sjukvården märkbart annorlunda ut i jämförelse med högkostnadsskyddet inom tandvården. Frågan om hälso- och sjukvårdens och tandvårdens organisering har länge varit föremål för politisk debatt och flera riksdagspartier har i olika omgångar väckt liv i diskussionen (se till exempel motion 2000/01:So508, motion 2001/02:So226, motion 2005/06:So399). Hälso- och sjukvårdens och tandvårdens olika lagstiftning och finansiering är dock stora och komplexa frågor som ligger utanför det vi har belyst i denna studie. Samtidigt är det frågor som i allra högsta grad har betydelse för att skapa en sammanhållen vård för patienterna. Det bör därför övervägas hur långtgående direktiv en utredning av tandvårdssystemet bör ha i detta avseende.

- ▶ *Regeringen bör utreda hur tandvårdsstöden kan förenklas och hur integrationen mellan tandvården och kommunernas äldreomsorg samt hälso- och sjukvården kan förbättras. Utredningen bör utgå ifrån ett tydligt patient- och medborgarperspektiv.*

3.3 STÄRK KUNSKAPSUTVECKLINGEN OCH KUNSKAPSSTYRNINGEN INOM ÄLDRETANDVÅRDEN

Vi har i rekommendation 3.1 och 3.2 lämnat förslag som på kort respektive längre sikt kan bidra till att utveckla och förbättra tandvårdsstöden. I studien har också framkommit att kunskapen om äldres munhälsa och behov av tandvård generellt sett är begränsad. Det är en utmaning som inte är direkt kopplad till de specifika tandvårdsstöden, men som riskerar att leda till att äldre får fel eller bristande behandling. Det framgår av litteraturen och genomförda intervjuer att kunskapen brister i hela vård- och omsorgskedjan – såväl inom tandvården, den kommunala äldreomsorgen som hälso- och sjukvården. Det finns inte heller någon tydlig nationell kunskapsstyrning inom området gerodonti (äldretandvård), vilket ökar risken för regionala skillnader i utförd behandling. Samverkan mellan de olika aktörerna som är, eller borde vara, en del i den äldres mun- och tandvård fungerar inte heller optimalt och det finns risk för att äldre inte fångas upp i rätt tid. För att möta

de observerade utmaningarna föreslår vi ett antal åtgärder och insatser som syftar till att stärka kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldre tandvården på både nationell, regional och lokal nivå.

Identifiera kunskapsluckor och stimulera vårdnära forskning inom området

Flera intervjuade personer har pekat på att det i dag inte finns ett tillräckligt stort vetenskapligt kunskapsunderlag vad gäller äldres munhälsa och tandvård, och det finns kunskapsluckor inom flera områden. Intresset inom akademien beskrivs generellt sett som svalt och en gedigen kunskapsbas kring vilka behandlingar och insatser som bör eller inte bör genomföras på äldre patientgrupper saknas. Det behövs med andra ord forskningsinsatser på området, och Vårdanalys gör bedömningen att det behövs ansträngningar för att fylla kunskapsluckorna inom äldres munhälso- och tandvård. Som ett första steg bör den befintliga forskningen inom området sammanställas systematiskt och spridas till berörda aktörer. Genom att kartlägga det rådande kunskapsläget och identifiera vetenskapliga kunskapsluckor synliggörs var behovet av forskning är stort.

- ▶ *Regeringen bör överväga att ge SBU i uppdrag att genomföra en kunskapsöversikt vad gäller munhälsa och tandvård för äldre. Syftet med kunskapsöversikten är att klargöra det rådande kunskapsläget kring äldres behov av tandvård, vilka behandlingar och insatser som är mest ändamålsenliga samt vilka vetenskapliga kunskapsluckor som finns. Regeringen bör även säkerställa att mer forskning bedrivs inom området gerodonti.*

Utveckla nationella kunskapsstyrningsdokument för munhälsa och tandvård för äldre

Sedan 2011 finns nationella riktlinjer för vuxentandvård. Riktlinjerna kan ses som ett steg i rätt riktning mot en mer enhetlig och kunskapsbaserad tandvård. Intervjuade personer inom tandvård poängterar dock att kunskapsstyrningen måste bli mer målgruppsanpassad; det är inte alltid möjligt eller ens lämpligt att genomföra samma behandling på en frisk medelålders person som på en skör eller beroende äldre. Som ett led i



att stärka den nationella kunskapsstyrningen bör därför ett nationellt kunskapsstyrningsdokument som innehåller behandlingsriktlinjer för gerodonti utvecklas. Som beskrivits ovan finns det i dag stora kunskapsluckor vad gäller tandvård för äldre, och arbetet med ett nationellt kunskapsstyrningsdokument bör därför föregås av genomförandet av en kunskapsöversikt enligt tidigare rekommendation. När relevanta kunskapsstyrningsdokument väl finns på plats, är det också centralt att dessa förankras hos berörda medarbetare inom tandvården, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kunskapen måste spridas på ett ändamålsenligt sätt utifrån respektive målgrupp, och på ett sätt som stimulerar uppföljning och återkoppling för att styrdokumentet löpande ska kunna uppdateras och förbättras.

Inom ramen för denna studie har vi också identifierat ett behov av att höja den professionella statusen inom äldretandvården. Detta för att tandvårdsprofessionen i ökad utsträckning ska fokusera på äldre, och därigenom höja kvaliteten på den vård som ges. Exempel på sätt att höja statusen är att etablera nationella standarder eller certifieringar för vårdgivare med särskild kompetens och som har värdefull erfarenhet av äldretandvård. Kunskapsstyrningsdokumenten skulle med fördel kunna användas som underlag för ett sådant arbete.

- *Socialstyrelsen bör, i egenskap av nationell kunskapsmyndighet inom vård och omsorg, utveckla nationella kunskapsstyrningsdokument som baseras på forskning och kunskap om vilken typ av mun- och tandvård som lämpar sig för den äldre befolkningen.*

Inkludera munhälsa i nationella kunskapsstyrningsdokument

Det är i dag väl belagt att det finns samband mellan munhälsan och det allmänna hälsotillståndet. Detta är särskilt påtagligt för äldre som har en ökad risk för vissa munsjukdomar och i allmänhet en mer komplicerad sjukdomsbild. På samma sätt är det känt att vissa medicinska diagnoser och tillstånd har en nära koppling till munhälsan – såväl direkt som indirekt. Tandvårdsstödens utformning baseras på detta då de utgår ifrån medicinska diagnoser, funktionsnedsättningar och vård- och omsorgsbehov snarare än ifrån behov av mun- och tandvård. Vi kan observera en utveckling där munhälsa i viss utsträckning har börjat inkluderas i nationella kunskapsstyrningsdokument. Rekommendationer om munvård har till exempel förts in i vissa nationella riktlinjer, bland annat i riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom

(Socialstyrelsen 2010). Likaså behandlas frågor om munvård och munhälsa i de nationella riktlinjerna för diabetesvård (Socialstyrelsen 2015a). Att inkludera munvård och munhälsa i nationella kunskapsstyrningsdokument kan sannolikt hjälpa till att överbrygga uppdelningen mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Det kan även öka kunskapen om munvård och munhälsa hos medarbetare inom hälso- och sjukvården. Att inkludera munvård och munhälsa i nationella kunskapsstyrningsdokument skapar också förutsättningar för en mer strategisk och enhetlig nationell kunskapsstyrning. Som ett nästa steg anser vi att det är angeläget att föra in munhälsoperspektivet, inklusive information om befintliga tandvårdsstöd, i de kunskapsstyrningsdokument som gäller för de diagnoser och funktionsnedsättningar som berättigar patienter till särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

- ▶ *Socialstyrelsen bör se över och vidareutveckla relevanta nationella kunskapsstyrningsdokument i syfte att inkludera munhälsoperspektivet, inklusive information om befintliga tandvårdsstöd.*

Förstärk samarbetet mellan berörda aktörer på regional nivå

Det är väl känt att samarbete och samverkan mellan olika vårdgivare inom hälso- och sjukvården inte alltid fungerar optimalt (se till exempel Vårdanalys 2012). Det finns utmaningar exempelvis vad gäller övergångarna mellan primärvården och den specialiserade vården. Tandvårdssystemet, såsom det är utformat i dag, ökar ytterligare komplexiteten då det för vissa tandvårdsstöd bygger på att samverkan mellan tandvården, hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerar väl. Våra analyser visar att det finns ett stort behov av att stärka detta samarbete. Det finns flera olika sätt att gå till väga, där ett exempel på en möjlig metod är införande av kvalitetsbaserad uppföljning. Formerna för detta kan naturligtvis se olika ut. I rutan intill presenteras ett möjligt ramverk i fyra steg som en kvalitetsbaserad uppföljning kan utgå ifrån.



1) Definiera tydliga kvalitetsmål

En förutsättning för att få till stånd en ändamålsenlig uppföljning och återkoppling är att det finns fördefinierade kvalitetsmål. I detta steg översätts visionen till konkreta målsättningar som kan mätas och följas upp. Landstinget eller ansvarig vårdgivare bör även ta fram en konkret åtgärdsplan med tydlig ansvarsfördelning för att kvalitetsmålen ska uppnås. Våra analyser visar att uppföljningen av tandvården för äldre varierar och att den inte alltid utgår från en analys eller uppskattning kring det totala antalet individer som är berättigade till tandvårdsstöd. Det finns med andra ord förbättringspotential vad gäller formuleringen av kvalitetsmål.

2) Genomför kvalitetsmätning

För att kunna följa upp huruvida målsättningarna har uppfyllts och för att få en bild av vad som fungerat respektive inte fungerat måste kvalitetsmätningar göras. Denna typ av mätningar bör ske löpande och systematiskt, samt bygga på tillförlitlig data som ger en god bild av utfallet. Det är också viktigt att underliggande data är tillgänglig för användare så att förbättringsåtgärder kan vidtas. I dag finns bland annat uppföljning i SKL:s årliga rapporter och i Socialstyrelsens tandhälsoregister. Dock finns viss osäkerhet i inrapporteringen. Det finns även nationella kvalitetsregister som är under uppbyggnad, exempelvis SKaPa-registret och NQRDI-registret (nationellt kvalitetsregister för dentala implantat) (SKaPa 2013). Även Senior Alert, som innehåller uppgifter från munhälso-bedömningsinstrumentet ROAG, har stor potential för att kunna användas som underlag vid löpande uppföljningsarbete.

3) Genomför kvalitetsdialog

Utöver ovanstående behövs olika typer av forum där berörda aktörer regelbundet ges möjlighet att återkoppla kring (gemensamma) framgångar och utmaningar. På detta sätt kan relevant information spridas till berörda och en gemensam lärandeprocess kan upprättas. Rollerna för de som deltar måste vara tydliga. Det är viktigt att dialogen bygger på ett öppet diskussionsklimat, med fokus på observerade utmaningar och deras orsaker samt möjliga lösningar.

4) Belöning och konsekvens

För att kvalitetsuppföljningen ska få önskat genomslag, det vill säga leda till löpande förbättringar, kan incitamentsstrukturer upprättas. Detta kan till exempel ske genom att bygga upp olika typer av belöningssystem, exempelvis genom att finansiella medel länkas till måluppfyllelse. Det är emellertid centralt att dessa incitamentsstrukturer inte enbart bygger på finansiella belöningar, utan att en kombination av finansiella och icke-finansiella incitament tillämpas. Man kan även överväga belöningssystem som är helt icke-finansiella, såsom utmärkelser, utbildningar eller utökat ansvar.

En tänkbar väg för att stärka samarbetet mellan berörda aktörer kan alltså vara att pröva kvalitetsbaserad uppföljning samlat inom hälso- och sjukvården, äldreomsorgen och tandvården. Kvalitetsnätverk med representanter från tandvården, hälso- och sjukvården samt den kommunala socialtjänsten kan i så fall upprättas på landstings- eller kommunnivå, som då har ägarskapet för den samlade kvalitetsuppföljningen. Uppföljningen bör omfatta åtminstone alla de landstingsfinansierade stöden. Det är sannolikt värdefullt om kvalitetsnätverket och den kvalitetsbaserade uppföljningen utgår från en helhetssyn på den äldres behov av vård och omsorg, snarare än att uteslutande bygga på en analys av den äldres behov av tandvård. Detta för att skapa ett helhetsperspektiv i vården och omsorgen om äldre. Arbetet kan ta sin utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som gäller både för tandvård, hälso- och sjukvård och omsorg. I den mån det redan finns nätverk kring vården och omsorgen om äldre kan dessa naturligtvis användas som utgångspunkt för arbetet.

- ▶ *Landstingen bör upprätta kvalitetsnätverk och genom nätverken bedriva kvalitetsbaserad uppföljning, i syfte att stärka samarbetet mellan tandvården, hälso- och sjukvården samt den kommunala äldreomsorgen och därigenom öka kvaliteten i vården och omsorgen om äldre.*



Referenser

- 1177 Vårdguiden (2011). *Tandvård om man har stort omvårdnadsbehov i dagliga livet*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvard-om-man-har-stort-omvardnadsbehov-i-dagliga-livet/> [2015-03-19]
- 1177 Vårdguiden (2014). *Tandvårdsstöd om man har en funktionsnedsättning*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvardsstod-om-man-har-en-funktionsnedsattning/> [2015-03-19].
- 1177 Vårdguiden (2015). *Tandvårdshjälpen*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Tema/Tander/Tandvardshjalpen> [2015-03-19].
- Bäckman, K., Carlsson, P., Ekerstad, N., Lindroth, K. (2011). *Förstudie om de mest sjuka äldre i riktlinjer för vård och omsorg*. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum.
- Dahlin Ivanoff, S. (2013). *Stöd till sårbara äldre pensionärer – från prevention till palliation*. Vårdalinstitutet.
- Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning*.
- Folktandvården Sverige (2013). *Ramdokument äldretandvård*.
- Försäkringskassan (2012). *När tänderna får vänta. Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården*. Socialförsäkringsrapport 2012:10.
- Gabre, P., Holmén, A., Hagman Gustavsson, M-L., Strömberg, E., Ståhlner R-M., Wårdh I. (2007). *Vem får munhälsobedömning i hemmet?* Rapport nr 1, Västmanlands läns landsting.
- Gabre, P., Wårdh, I. (red.) (2011). *Att förbättra munhälsan hos personer med funktionsnedsättning – barn, vuxna och äldre. Konsensusarbete för effektivare munhälsofrämjande arbete för personer med funktionsnedsättning*. Nordisk Förening för Funktionshinder (NFH) och Oral Hälsa och Handikappförbunden (HSO).

- Grönbeck-Lindén, I. (2014). Nytt instrument för att mäta förmåga till munvård. *Tandläkartidningen*, årg. 106 nr 7 2014, s. 66–67.
- Hagman Gustavsson, M-L., Holmén, A., Strömberg, E., Gabre, P., Wårdh, I. (2012). *Munhälsa hos äldre med måttligt och stort omvårdnadsbehov – sjukdomsförekomst, riskfaktorer och livskvalitet*. Folk tandvården Landstinget Gävleborg, Folk tandvården i Uppsala län, Folk tandvården Västmanland AB och Karolinska Institutet.
- Holmén, A., Strömberg, E., Hagman-Gustafsson, M-L., Wårdh, I., Gabre, P. (2011). Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*, vol. 29, nr 2 2012, s. e503–e511.
- Hugo, L. (2013). Stödpengar går till de minst behövande. *Tandläkartidningen*. Tillgänglig: <http://www.tandlakartidningen.se/arkivet/nyhet/stodpengar-gar-till-de-minst-behovande/> [2015-03-19].
- Juslin, M., Nordenram, G. (2007). *Uppsökande tandvård. Många berättigade är okända*. Rapporter, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:9. Karolinska Institutet (2014). *Nationell klinisk forskarskola i odontologi*. Tillgänglig: <http://ki.se/utbildning/nationell-klinisk-forskarskola-i-odontologi> [2015-03-19].
- Kommittédirektiv 2014:28 2008 års tandvårdsreform.
- Komulainen, K., Ylöstalo, P., Syrjäla, A-M., Ruoppi, P., Knuutila, R., Sulkava, M., Hartikainen, S. (2012) Preference for dentist's home visits among older people. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2012: 40 (1), s. 89–95.
- Landstinget Östergötland (2014). *Munhälsa för sköra äldre. Behovsanalys 2014*.
- Lundqvist, M., och Davidson, T (2013). *Hälsoekonomisk analys av hemtandvård jämfört med tandvård på stationära kliniker för äldre vid särskilda boenden*. Linköpings universitet: CMT Rapport 2013:4.
- Läkemedelsboken (2014). *Ätstörningar*. Tillgänglig: http://www.lakemedelsboken.se/s4_psy_atstorningar_2013fm10.html [2015-03-19].
- Motion 2000/01:So508 *Gemensamt avgiftssystem för hälso- och sjukvård och tandvård, m.m.*
- Motion 2001/02:So226 *Tandvårdspolitik*.
- Motion 2005/06:So399 *Tandvård*.
- Nordenram, G. (2002). Muntorrhet – en plåga som inte syns. *Läkartidningen*, nr 5, vol. 99, s. 388–389.
- Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*.
- Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*.

- Prop. 2011/12:7 *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
- Prop. 2014/15:1 *Budgetpropositionen för 2015*.
- PwC (2014). *Revisionsrapport Särskilt tandvårdsbidrag. Region Halland*.
- Regeringen (2011). *Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Socialstyrelsen*. (S2011/11229/VS).
- Riksrevisionen (2012). *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* RiR 2012:12. Stockholm: Riksrevisionen.
- RPG – Riksförbundet PensionärsGemenskap, SKPF – Svenska Kommunal-Pensionärernas Förbund (2013). *Kvinnor och pensionen. En rapport om kvinnornas pensionsvillkor*.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2000). *Behov av utvärdering i tandvården*. Rapport nr 152. Stockholm: SBU.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003). *Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget*. Rapport nr 163. Stockholm: SBU.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). *Tandförluster. En systematisk litteraturöversikt*. Rapport nr 204. Stockholm: SBU.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2009). *Sveriges framtida befolkning 2009–2060*. Demografiska rapporter 2009:1. Örebro: SCB.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2012a). *Integration – utrikes födda i pensionsåldern*. Integration: Rapport 5. Stockholm: SCB.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2012b). *Trender och prognoser 2011 – befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på år 2030*. Örebro: SCB.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2014a). *Befolkningspyramiden för Sverige. Befolkningspyramiden har blivit ett torn*. Tillgänglig: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/ [2015-03-19].
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2014b). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2013 och befolkningsförändringar 2013*. Tillgänglig: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/370301/ [2015-04-01].
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2014c). *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2014*. Örebro: SCB.
- SKaPa – Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (2013). *Årsrapport 2013*.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2007). *Låt munnen va' me'. Goda exempel på landstings och kommuners samarbete inom den uppsökande tandvården*. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2010). *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2009 års verksamhet*. Dnr 10/5467. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2011). *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2010 års verksamhet*. Dnr 11/5168. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2011 års verksamhet*. Dnr 12/4247. Stockholm: SKL.
- SKL – Sveriges Kommuner och landsting, Svenskt Näringsliv och Vårdföretagarna (2013). *Upphandla bättre. Guide för styrning mot kvalitet i upphandling av särskilt boende inom äldreomsorgen*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2013*. Dnr 14/6541. Stockholm: SKL.
- Socialstyrelsen (2004). *Meddelandeblad: Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdsplan och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård*.
- Socialstyrelsen (2006). *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, Försäkringskassan (2006). *Befolkningens tandhälsa. Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring*. Delrapport 2 av 3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009c). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011a). *De mest sjuka äldre – Avgränsning av gruppen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011b). *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport år 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*.
- Socialstyrelsen (2013a). *Målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Redovisning av regeringsuppdrag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013c). *Nationell utvärdering 2013, Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013d). *Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Interventioner för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal. En systematisk översikt av interventioners effekter och vetenskapliga stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). *Tandvårdsstöd*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/tandvard/tandvardsstod> [2015-03-19].
- SOU 2007:19 *Friskare tänder – till rimliga kostnader*.
- Sveriges Tandläkarförbund (2013). *Resultat av enkät till kommunerna våren 2013. Munhälsan hos äldre som bor hemma*.
- TLV – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2014). *Handbok till TLVFS 2014:6 om statligt tandvårdsstöd*. Version 6.1.
- Tideström, K. (2015). Nya krav när patienterna blir äldre. *Tandläkartidningen*, nr 1 2015 s. 10–11.
- Tronje Hansson, L., Gahnberg, L., Hägglin, C., Odebo, L. (2013). *Skör och äldre – vad händer med tänder? Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov*. Rapport 4:2013. Göteborg: FOU i Väst/GR.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*. Rapport 2013:9. Stockholm: Vårdanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). *Vip i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Västkom och Västra Götalandsregionen (2011). *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland*.
- Västra Götalandsregionen (2013). *Förebyggande hembesök – en möjlighet att påverka äldres tandvårdskontakt?* Västra Götalandsregionen.
- Överenskommelse mellan länets kommuner och Landstinget i Uppsala län. Ansvarsfördelning kring uppsökande verksamhet och tandvårdsstöd för vissa äldre och personer med funktionsnedsättning* (2011).

BILAGA 1 – BESKRIVNING AV TANDVÅRDSSTÖDEN

För att äldre som uppfyller kriterierna för de olika tandvårdsstöden ska få ta del av dem måste de genomgå processer där olika aktörer och instanser spelar olika roller. I detta avsnitt beskriver vi den samlade bilden av hur dessa processer ska gå till. Vissa exempel ges även på hur tandvårdsstöden fungerar i praktiken. Beskrivningarna bygger på aktuell lagstiftning, förarbeten, förordningar, föreskrifter, intervjuer samt information från myndigheter och landsting. Noteras bör dock att processerna inte alltid är tydligt klarlagda i styrande dokument, och att det praktiska genomförandet kan skilja sig åt över landet. Det är en översiktlig och förenklad bild som ges och den syftar framför allt till att öka förståelsen för hur de undersökta tandvårdsstöden är tänkta att fungera, inte till att vara uttömmande eller av vägledande karaktär.

Särskilt tandvårdsbidrag

Särskilt tandvårdsbidrag infördes i januari 2013 och får användas för patienter som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för en försämrad tandhälsa (2 kap. 1 a § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, prop. 2011/12:7 s. 24 ff). Målet med det särskilda tandvårdsbidraget är att ”uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas” (prop. 2011/12:7 s. 25). Bidraget får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder om patienten uppfyller vissa uppställda krav (se 2 kap. 1 a § lagen om statligt tandvårdsstöd). Ett av dessa krav är att patienten när tandvårdsåtgärden påbörjas har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa

(2 kap. 1 a § lagen om statligt tandvårdsstöd). En sådan sjukdom eller funktionsnedsättning föreligger enligt 4 a § st. 1 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd om patienten:

- är muntorr på grund av långvarig läkemedelsbehandling,
- är muntorr på grund av strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen,
- har Sjögrens syndrom,
- har kronisk obstruktiv lungsjukdom och har ordinerats syrgas eller näringsdryck,
- har cystisk fibros,
- har ulcerös colit,
- har Crohns sjukdom,
- har tarmsvikt,
- har frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom,
- har svårinställd diabetes,
- genomgår dialysbehandling,
- är immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling, eller
- har genomgått en organtransplantation.

Vilka förebyggande åtgärder som är ersättningsbaserade framgår av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1 samt 2012:2) om statligt tandvårdsstöd.

Tandvården gör en bedömning av om patienten ska beviljas särskilt tandvårdsbidrag och utför behandlingen

Bedömningen av om en patient ska beviljas det särskilda tandvårdsstödet bör göras av tandvården (prop. 2011/12:7 s. 34), utifrån ett utfärdat läkarintyg. I de allra flesta fall vänder sig patienten till hälso- och sjukvården och får ett läkarintyg på att hen har en sjukdom eller funktionsnedsättning som berättigar till stödet (se exempelvis 7, 9, 10 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag). Patienten tar med sig läkarintyget till tandvården. Tandvården ska normalt sett inte bedöma en patients medicinska tillstånd, utan ska enbart kontrollera att patienten har föreskrivna intyg som visar att hen tillhör en ersättningsberättigad grupp (prop. 2011/12:7 s. 34). Det räcker att patienten har någon av de ovan nämnda sjukdomarna eller funktionsnedsättningarna, och det behöver inte konstateras att den aktuella sjukdomen eller funktionsnedsättningen

gör att patienten riskerar att få försämrad tandhälsa (prop. 2011/12:7 s. 84). Socialstyrelsen har i föreskrifter preciserat vad som krävs för att dessa sjukdomar och funktionsnedsättningar ska anses föreligga (SOSFS 2012:16). Vad som anges i föreskriften om att en patient med ett intyg eller något annat underlag ska styrka sin sjukdom eller funktionsnedsättning gäller inte om det finns särskilda skäl (4 a § st. 2 förordningen om statligt tandvårdsstöd). När det gäller muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling behöver patienten inte visa upp ett läkarintyg, utan det räcker med ett utdrag från det register över köp av förskrivna läkemedel som regleras i lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning och att vårdgivaren genomför ett salivprov (4 § st. 1 samt 5 § st. 1 § SOSFS 2012:16 och prop. 2011/12:7 s. 34).

Läkarintygen utfärdas på en särskild blankett som är en del av Socialstyrelsens föreskrifter (23 § st. 1 SOSFS 2012:16 samt dess bilaga). Enligt samma paragraf finns dock möjlighet att använda en annan blankett om den är fastställd av Socialstyrelsen eller Försäkringskassan och innehåller samtliga uppgifter som anges på den särskilda blanketten.

Ekonomisk ersättning

Det särskilda tandvårdsbidraget betalas ut efter ett system där ett år delas upp i två perioder: den första perioden börjar den 1 januari och den andra perioden börjar den 1 juli (2 kap 1 a § st. 1 lagen om statligt tandvårdsstöd). Tandvårdsbidraget uppgår till maximalt 600 kronor per period och kan inte sparas till nästa sexmånadersperiod (4 b § förordningen om statligt tandvårdsstöd samt prop. 2011/12:7 s. 28). I förarbetet anges att ”om patienten vid sitt första tandvårdsbesök under ett halvår inte gör av med hela det särskilda tandvårdsbidraget ska resterande del dock kunna sparas till ett senare tandvårdsbesök under det aktuella halvåret” (prop. 2011/12:7 s. 28).

Försäkringskassan betalar ut ersättning

Det är Försäkringskassan som betalar ut tandvårdsstödet (1 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdsstöd). Ersättningen betalas till vårdgivaren och inte till patienten (1 kap. 1 § lagen om statligt tandvårdsstöd). För att en vårdgivare ska få ersättning så ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd (3 kap. 1 § lagen om statligt tandvårdsstöd).

Flera olika aktörer har informationsansvar

Flera aktörer har ansvar för att informera patienter om särskilt tandvårdsbidrag. Försäkringskassan ska informera om särskilt tandvårdsbidrag

(2 § p. 1 förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan). Även vårdgivare inom tandvården samt hälso- och sjukvården har ansvar för att informera patienter om detta bidrag (prop. 2011/12:7 s. 77). Ett exempel på när detta informationsansvar tillgodoses är när tandläkaren eller tandhygienisten "går igenom de olika formerna för tandvårdsstöd med patienten inklusive de sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan utgöra grund för sådana stöd" (prop. 2011/12:7 s. 77). I propositionen uttalas även att det är viktigt att information om stöden sprids så att dessa inte underutnyttjas på grund av informationsbrist (prop. 2011/12:7 s. 77). Både 1177 Vårdguiden och myndigheternas webbplatser fungerar också som en informationskanal dit allmänheten kan vända sig för information (prop. 2011/12:7 s. 76).

Förväntad frekvens i användning av särskilt tandvårdsbidrag

I förarbetena anges att målet med det särskilda tandvårdsbidraget är att uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas (prop. 2011/12:7 s. 25). De patienter som är berättigade till särskilt tandvårdsbidrag är i behov av regelbunden förebyggande tandvård för att slippa drabbas av allvarliga besvär, och har behov av kortare tidsintervall mellan tandvårdsbesöken jämfört med andra personer (prop. 2011/12:7 s. 27). I förarbetena anges att den förebyggande tandvården, för att effektivt kunna förhindra ökade framtida tandvårdsbehov, bör ges relativt ofta, i vart fall två gånger om året (prop. 2011/12:7 s. 27). Den önskade frekvensen på tandläkarbesök för individer inom målgruppen är alltså minst två gånger per år.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes i januari 2013. Tandvård för personer som har stora behov av tandvård på grund av svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar omfattas av bestämmelserna om hälso- och sjukvårdsavgift (3 a § tandvårdsförordningen, 8 a § st. 3 p. 2 samt 15 a § st. 6 tandvårdslagen). Detta gäller enligt förordningen för personer som har:

- svår psykisk funktionsnedsättning,
- Parkinsons sjukdom,
- multipel skleros,
- cerebral pares,

- reumatoid artrit,
- systemisk lupus erythematosus,
- sklerodermi,
- amyotrofisk lateralskleros (ALS),
- orofacial funktionsnedsättning, eller
- symptom som kvarstår sex månader efter det att personen har fått hjärninfarkt eller hjärnblödning (stroke).

Med sådan tandvård avses även tandvårdsbehandling på personer som på grund av en sällsynt diagnos har:

- stora svårigheter att sköta sin munhygien,
- stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling eller
- orofaciala symptom.

För att en persons funktionstillstånd ska anses leda till stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling så räcker det inte att konstatera att personen har någon av de ovan nämnda långvariga sjukdomarna eller funktionsnedsättningarna, utan det krävs också att hen har en svår till fullständig funktionsnedsättning, strukturavvikelse eller aktivitetsbegränsning (4 § st. 2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning). En person som har sjukdomen ALS ska dock anses ha stora behov av tandvård utan att någon bedömning av hens funktionstillstånd görs (4 § st. 3 SOSFS 2012:17).

För att de patienter som omfattas av stödet ska kunna bibehålla en god tandstatus är det viktigt att de kan hålla sig infektfria i munnen (prop. 2011/12:7 s. 49). I förarbetet framgår det att den tandvård som omfattas av stödet därför främst bör syfta till att hålla munnen infektfri (prop. 2011/12:7 s. 49). Behandling med fastsittande protetik ingår inte inom ramen för detta tandvårdsstöd (3 a § st. 3 tandvårdsförordningen).

Landstinget fattar beslut om stödet och tandvården utför behandlingen

För att få ta del av tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning krävs ett läkarintyg. Läkarintyget ska styrka att patienten har någon av de sjukdomar eller funktionsnedsättningar som täcks av bestämmelsen och att hens funktionstillstånd anses leda till stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling (3 och 5 §§ SOSFS

2012:17). För personer med diagnosen amyotrofisk lateralskleros (ALS) och personer med en sällsynt diagnos med orofaciala symptom kan dock en annan blankett användas för att styrka diagnosen (3 § st. 2 SOSFS 2012:17). Detta gäller under förutsättning att blanketten är fastställd av Socialstyrelsen eller Försäkringskassan.

Landstinget ska se till att denna tandvård kan erbjudas (8 a § st. 3 p. 2 tandvårdslagen). Enligt 1177 så fungerar det i praktiken så att läkaren, tandläkaren eller patienten skickar läkarintyget till den enhet i landstinget som ansvarar för tandvården. Det finns bedömningstandläkare inom landstinget som fattar beslut om patienten har rätt till tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Bedömningstandläkaren fattar också beslut om hur lång tid tandvårdsstödet ska gälla. Giltighetstiden varierar beroende på hur patientens funktionsnedsättning bedöms. Patienter som beviljas stödet får ett särskilt kort eller intyg som ska visas upp vid besök i tandvården (1177 Vårdguiden 2014).

Patienten får välja om behandlingen ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd (15 a § st. 7 tandvårdslagen).

Landstingen finansierar tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Landstinget finansierar tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (15 b § tandvårdslagen). Stödet ska bidra till att det inte uppstår nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter (prop. 2011/12:7 s. 49). Därför ges denna typ av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Patienten har därmed möjlighet att nå upp till det högkostnadsskydd som regleras i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Flera olika aktörer har informationsansvar

Flera aktörer kan sägas ha ansvar för att informera patienter om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. I förarbetena framförs att staten, framför allt Försäkringskassan, har ett informationsansvar för övergripande informationsinsatser (prop. 2011/12:7 s. 77). Även vårdgivare inom tandvården samt hälso- och sjukvården har ansvar för att informera patienter om detta (prop. 2011/12:7 s. 77). Ett exempel på när detta informationsansvar tillgodoses är när tandläkaren eller tandhygienisten "går igenom de olika formerna för tandvårdsstöd med patienten inklusive de sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan utgöra grund för sådana

stöd” (prop. 2011/12:7 s. 77). Både 1177 Vårdguiden och myndigheternas webbplatser fungerar också som en informationskanal dit allmänheten kan vända sig för information (prop. 2011/12:7 s. 76). Av 1177 Vårdguiden framgår att landstingets tandvårdsenhet (eller motsvarande) kan ge information och svara på frågor (1177 Vårdguiden 2014).

Förväntad frekvens i användning av tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning riktar sig till personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. I förarbetena anges att patienter med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar ofta har behov av regelbunden och kostsam tandvård (prop. 2011/12:7 s. 49). Vissa av de sjukdomar och funktionsnedsättningar som berättigar till tandvårdsstödet kan medföra ökad mottaglighet för karies och andra tandsjukdomar på grund av medicinering eller annan medicinsk behandling (prop. 2011/12:7 s. 50). Det finns således ett förhöjt behov av tandvård hos målgruppen. Personer i projektets expertgrupp menar att det därför är rimligt med en förväntad besöksfrekvens och användning av stödet om minst en gång per år.

Uppsökande verksamhet

Personer med omfattande vård- och omsorgsinsatser och personer med funktionsnedsättning har rätt till uppsökande verksamhet om vissa förutsättningar är uppfyllda. Enligt 8 a § st. 1 tandvårdslagen ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet erbjuds de patienter som:

- omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
- har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
 - kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 - får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
 - är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av punkt 1 eller 2 ovan.

Den uppsökande verksamheten består av en avgiftsfri munhälsobedömning (8 § st. 2 tandvårdsförordningen). Genom munhälsobedömningen ska behovet av munhygieninsatser bedömas och en preliminär bedömning ska

göras av behovet av nödvändig tandvård (8 § st. 3 tandvårdsförordningen). Den uppsökande verksamheten innebär även utbildning av vård- och omsorgspersonal. Målet med utbildningen är att personalen ska få kompetens att sköta den dagliga munvården och att personalen kan tolka symptom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser (prop. 2011/12:7 s. 19). Bedömningen av behovet av munhygieninsatser ska göras med utgångspunkt i vad den enskilde eller den som vårdar den enskilde kan klara av att utföra i fråga om munhygien (8 § st. 3 tandvårdsförordningen).

Landstinget fattar beslut om uppsökande verksamhet och tandvården ansvarar för genomförandet

Det är landstinget som ska 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 § st. 1 tandvårdslagen). Detta innebär exempelvis att landstingen aktivt ska erbjuda tandvård och följa tandhälsoutvecklingen i dessa grupper (prop. 1997/98:112 s. 75).

Berättigande till uppsökande verksamhet utgår från en bedömning av om en person omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (och uppfyller övriga kriterier i 8 a § st. 1 tandvårdslagen). Prövningen av en äldres behov av vård och omsorg görs i regel av en biståndsbedömare eller annan funktion i kommunen. Den uppsökande verksamheten förutsätter därmed samarbete mellan kommun och landsting för att nå ut till målgruppen. Av förarbetena framgår att regeringen förutsätter att landstingen tar initiativ till att samarbeta med kommunerna om hur den uppsökande tandvården ska fungera rent praktiskt (prop. 1997/98:112 s. 31). Regeringen anser även att det underlättar genomförandet om landstingen och kommunerna gör överenskommelser om detta (prop. 1997/98:112 s. 31). Flera landsting och kommuner har upprättat överenskommelser om ansvarsfördelningen kring uppsökande verksamhet med syfte att göra den tydligare när det gäller identifiering av berättigade och genomförande av verksamheten (se till exempel *Överenskommelse mellan länets kommuner och Landstinget i Uppsala län 2011*, Västkom och Västra Götalandsregionen 2011). I överenskommelserna anges till exempel vilka funktioner i kommunen som, efter utbildning av landstinget, kan identifiera personer i målgruppen och skriva intygsunderlag om uppsökande verksamhet till landstinget. Det är sedan landstinget som bedömer underlaget och ansvarar för att bevilja stödet till de äldre som uppfyller kriterierna. Personer som får vård i hemmet av anhöriga, och inte har någon kontakt med kommunen, kan enligt 1177 Vårdguiden själva ta kontakt med

enheten för tandvård i landstinget (1177 Vårdguiden 2011).

Regeringen förutsätter att landstingen sluter avtal eller överenskommelser med privata vårdgivare eller folktandvården om hur den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården ska fungera i praktiken (prop. 1997/98:112 s. 31).

Landstinget finansierar den uppsökande verksamheten

Den uppsökande verksamheten finansieras av landstinget och är avgiftsfri för patienten (8 § st. 2 tandvårdsförordningen).

Både landstinget och kommunen förutsätts informera om uppsökande verksamhet

I förarbetena framförs att det är viktigt att den uppsökande verksamheten bedrivs så att den enskildes personliga integritet inte riskerar att åsidosättas (prop. 1997/98:112 s. 75). Där framförs vidare att detta lämpligen bör ”ske genom att de personer som arbetar på de institutioner där de potentiella patienterna vårdas eller de som sköter patienterna i hemmet informerar patienten eller hans eller hennes anhöriga om den möjlighet till uppsökande tandvård som finns” (prop. 1997/98:112 s. 75). För att detta ska vara möjligt krävs att landstingen tar fram informationsmaterial om detta och delger de organ som sköter de individer som har rätt till uppsökande verksamhet (prop. 1997/98:112 s. 75–76). I förarbetena framförs att det förutsätts att det är ”kommunernas personal som muntligen eller skriftligen informerar berörda målgrupper och vid behov även anhöriga till berörda personer om möjligheten till avgiftsfri uppsökande verksamhet och att denna bara lämnas personer som ställer sig positiva till ett sådant erbjudande” (prop. 1997/98:112 s. 30).

Förväntad frekvens för uppsökande verksamhet

Personer i projektets expertgrupp menar att målsättningen bör vara att alla de äldre som är berättigade till uppsökande verksamhet årligen ska erbjudas detta och aktivt tacka ja eller nej.

Nödvändig tandvård

Den avgiftsfria munhälsobedömningen kan leda till upptäckten att en patient är i behov av nödvändig tandvård. Landstinget ska se till att nödvändig tandvård erbjuds samma patientgrupper som kan få uppsökande verksamhet (8 a § st. 1 och st. 2 tandvårdslagen). En patient har dock rätt att ta del av nödvändig tandvård även om hen inte har tagit del av uppsökande verksamhet.

Enligt 9 § tandvårdsförordningen ska behovet av nödvändig tandvård bedömas med utgångspunkt i den enskildes allmäntillstånd. Att patienten har rätt till nödvändig tandvård innebär enligt samma bestämmelse att hen har rätt till sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Om det finns flera behandlingar som ger ett godtagbart resultat så ingår den mest kostnadseffektiva behandlingen (9 § st. 3 tandvårdsförordningen). Behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna ingår inte i nödvändig tandvård. Om patientens allmäntillstånd gör att det inte går att genomföra någon mer omfattande behandling ska behandlingen inriktas på att motverka smärta och obehag genom att patienten ska hållas fri från sjukliga förändringar i munnen (9 § st. 3 tandvårdsförordningen).

Landstinget fattar beslut om nödvändig tandvård och tandvården utför den nödvändiga tandvården

Berättigande till nödvändig tandvård utgår från en bedömning av om en person omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser (och uppfyller övriga kriterier i 8 a § st. 1 tandvårdslagen). Prövningen av en äldres behov av vård och omsorg görs i regel av en biståndsbedömare eller annan funktion i kommunen.

Regeringen förutsätter att landstingen tar initiativ till samarbete med kommunerna om det praktiska genomförandet, och att det skulle underlätta om landstingen och kommunerna träffar överenskommelser om detta (prop. 1997/98:112 s 31). Regeringen förutsätter vidare att landstinget träffar avtal eller överenskommelser med privata vårdgivare eller folktandvården om hur den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården ska fungera i praktiken (prop. 1997/98:112 s. 31). I förarbetena står följande: "För att hålla samman ansvaret för den uppsökande verksamheten och därefter nödvändig tandvård torde det vara lämpligt att det för varje boendenhet, hemtjänstområde eller liknande finns ett avtal eller en överenskommelse med en vårdgivare om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård" (prop. 1997/98:112 s. 31). Det står också att om en patient inte godtar ett erbjudande om nödvändig tandvård enligt denna stödmodell står det patienten fritt att vända sig till annan vårdgivare (prop. 1997/98:112 s. 31). I tandvårdslagen anges att patienten själv får välja om hen vill att den nödvändiga tandvården ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd (15 a § tandvårdslagen).

Innan en protetisk behandling påbörjas på någon som har rätt till nödvändig

tandvård ska behandlingsförslaget prövas av det landsting där patienten är bosatt (10 § st. 1 tandvårdsförordningen). Ett landsting får dock besluta att en sådan förhandsprövning inte krävs för vissa typer av behandlingar (10 § st. 2 tandvårdsförordningen).

Landstinget finansierar den nödvändiga tandvården

Det är landstinget som finansierar nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift (15 b § tandvårdslagen). Patienten har därmed möjlighet att nå upp till det högkostnadsskydd som regleras i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen.

Förväntad frekvens i användning av nödvändig tandvård

Önskad besöksfrekvens i tandvården hos målgruppen är svår att uppskatta. Personer i projektets expertgrupp menar att behovet hos målgruppen är beroende av flera faktorer där den främsta är antal kvarvarande tänder – ju fler egna tänder den äldre med stort omsorgsbehov har kvar, desto oftare är individen i behov av tandvård. För de allra flesta äldre inom målgruppen uppskattas dock en önskad besöksfrekvens och användning av stödet vara en gång per år.

BILAGA 2 – METODBESKRIVNING

Studien är baserad på en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder. Följande metoder har använts:

- Analys av kvantitativ data
- Litteraturstudie
- Intervjuer

Studien är genomförd under perioden oktober 2014 till mars 2015.

Analys av kvantitativ data

Studien inleddes med en kvantitativ analys av tandvårdsstödens genomslag bland individer 65 år eller äldre. De tandvårdsstöd som avses är *särskilt tandvårdsbidrag, tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, uppsökande verksamhet* och *nödvändig tandvård*. I detta steg analyserades inrapporterad data i Socialstyrelsens tandhälsoregister, SKL:s uppföljningar av landstingens särskilda tandvårdsstöd och den egna uppföljning som gjorts inom det landsting och den region som undersöktes närmare. Därutöver har ett antal ytterligare kompletterande datakällor använts för avgränsade frågeställningar. Samtliga datakällor som användes för kvantitativ analys i rapporten redogörs för nedan.

Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Registrering av statistik till Socialstyrelsens tandhälsoregister görs genom att varje vårdgivare via journalsystemet rapporterar in besök och åtgärder till Försäkringskassan. Från Försäkringskassan överförs sedan uppgifterna till tandhälsoregistret. Tandhälsoregistret omfattar samtliga tillstånd och åtgärder som har skickats in till och godkänts av Försäkringskassan inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Sedan 2013 samlas statistik också in

om viss tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift. Det gäller tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och nödvändig tandvård. Uppsökande verksamhet ingår inte, på grund av att munhälsobedömning inte räknas som tandvård.

Utdrag ur tandhälsoregistret beställdes för perioden januari 2013–december 2013 för individer 65 år eller äldre. Utdrag gjordes även för tidsperioden januari 2014–september 2014. Då registerhållarna uppgav att det eventuellt fanns stora osäkerheter i form av eftersläp av dataregistreringen från 2014, valde vi att utesluta dessa uppgifter vid analys. Det var inte heller möjligt att separera de individer som tillkommit under 2014, utan statistiken kunde enbart presenteras som totalt antal individer som fått stödet under båda åren. Sammanfattningsvis bygger därför våra analyser på data från tandhälsoregistret från 2013.

Syftet med analyserna av statistik från tandhälsoregistret var att undersöka användandet av tandvårdsstöden hos äldre och belysa eventuella skillnader mellan landsting och kommuner. De huvudsakliga analyserna i statistikutdragen omfattar det totala antalet unika individer per följande variabler: kön, ålder, lkf-listning (landsting, kommun, församling) samt grund för utfärdande av stöd. I de figurer som finns med i rapporten redovisas observationer lägre än 4 med 0.

SKL:s uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd

SKL gör årliga uppföljningar av landstingens särskilda tandvårdsstöd. Inrapporteringen av statistik till uppföljningen baseras på centralt sammanställd data hos varje landsting som rapporteras in till SKL via en webbenkät. Fram till 2011 lämnade landstingen uppgifter i en Excel-mall, vilket innebar en delvis automatiserad process för uttag av uppgifter. Från och med 2013 används i stället ett webbenkätverktyg med manuell inmatning. Arbets sättet bedömdes ge bättre förutsättningar för kvalitetssäkring hos de uppgiftslämnande landstingen. Uppföljningens resultat publiceras årligen i en rapport, där den senaste är *Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2013*. Resultaten har i denna studie främst använts som underlag för uppskattning av tandvårdsstödens kostnader, den uppsökande verksamhetens genomslag och som referens för att göra en rimlighetsbedömning av statistiken från Socialstyrelsens tandhälsoregister (mot bakgrund av att uppföljningen av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift i tandhälsoregistret nyligen påbörjats).

Vi genomförde vissa ytterligare egna analyser i syfte att undersöka eventuella geografiska skillnader i hur väl stöden når ut. En begränsande

faktor för denna studie var att SKL:s uppföljning av stöden görs samlat för alla ålderskategorier och en nedbrytning för individer 65 år eller äldre var därför inte tillgänglig. I årets rapport saknades även Region Skånes resultat på grund av byte av it-system under tidsperioden.

De undersökta landstingens interna uppföljning

En fördjupande studie har genomförts i Landstinget i Värmland och Region Örebro län. Som en del av studien har vi tagit del av landstingets och regionens egen uppföljning av de landstingsfinansierade stöden. Detta har gjorts dels för att kvalitetssäkra data i förhållande till den statistik som finns inrapporterad i tandhälsoregistret och i SKL:s uppföljning, dels för att konkretisera och fördjupa förståelsen kring landstingens rutiner och arbetssätt.

Kommentar kring osäkerheter i datakällor

För samtliga datakällor som användes för analys av de landstingsfinansierade tandvårdsstödens genomslag gäller att resultaten bör tolkas med viss försiktighet. Detta då det finns osäkerhet kring om inrapporterad data är komplett och tillförlitlig.

I tandhälsoregistret har information om de landstingsfinansierade stöd som ingår i registret endast samlats in sedan 2013. Det är i och med denna studie första gången denna data används för analys. Det saknas därför erfarenhet av och kännedom om datakvaliteten hos registerhållarna. Personer i projektets expertgrupp har beskrivit att det finns osäkerheter i registreringen av den landstingsfinansierade tandvården som härrör från att inrapporteringen inte är kopplad till utbetalning av ersättning, som i fallet med de statliga tandvårdsstöden vilka återfinns i samma register.

När det gäller SKL:s uppföljning uppges av arbetsgruppen på SKL att det finns osäkerheter kring tillförlitligheten och jämförbarheten i statistiken på grund av varierande inrapporteringsrutiner. Trots ett omfattande arbete för att standardisera registreringsprocessen uppges det sammantaget fortfarande råda skillnader i hanteringen mellan landstingen.

Ytterligare en utmaning som gör sig gällande i båda datakällorna är att definitionen av individer som omfattas av personkretsen för nödvändig tandvård skiljer sig något åt mellan landstingen. Vilka konsekvenser detta får för inrapporteringen till registret respektive uppföljningen är osäkert, men det finns risk att detta bidrar till fel i den variabel som anger grund för utfärdande av stöd.

Uppgifterna i tandhälsoregistret är till viss del, men inte helt, överrensstämmande med uppgifterna i SKL:s uppföljning och de två

undersökta landstingens egna uppföljningar. Jämförelser mellan uppgifterna från olika tillgängliga källor kan göras i syfte att validera data. Det som emellertid försvårar validering av uppgifterna i detta fall är att det inte finns några garantier för att samtliga landsting använder sig av samma registreringsätt. Dessutom mäts inte samma variabler i de båda källorna vilket försvårar jämförbarhet. Sammantaget är uppgifternas tillförlitlighet utifrån de försök till validering som gjorts svår att utvärdera.

Kompletterande datakällor

Befolkningsstatistik, SCB

För uppskattning av antalet individer i målgruppen 65 år eller äldre, dels nationellt men även regionalt, har utdrag från SCB:s befolkningsregister för år 2013 använts.

Enkät – ”Den vuxna befolkningens tandhälsa”

År 2010 skickade Socialstyrelsen en enkät till 8 400 slumpvis utvalda individer. Totalt svarade 5 065 personer på enkäten, varav 2 393 stycken (47 %) var 65 år eller äldre. Enkätsvaren finns sammanfattade i Socialstyrelsens rapport *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst år 2012*. Som del i det kvantitativa analysarbetet har vi tagit del av det statistiska underlaget från enkätundersökningen i sin helhet samt kompletterat med beställning av ytterligare skärningar för att undersöka om skillnader kunde ses mellan grupper med olika självskattad allmän hälsa (se nedan).

I en av enkätfrågorna skattar respondenterna sin allmänna hälsa (dock svarade inte alla äldre som skickade in enkäten på just den frågan), och svaren på denna fråga användes för att gruppera respondenterna.

Fråga 11: Hur tycker du att din allmänna hälsa är?

- Grupp 1: 70 % (675 respondenter 65 år eller äldre) svarade ”mycket bra” eller ”ganska bra”
- Grupp 2: 18 % (430 st. respondenter 65 år eller äldre) svarade ”varken eller”
- Grupp 3: 11 % (260 st. respondenter 65 år eller äldre) svarade ”mycket dåligt” eller ”ganska dåligt”

Uppgifter från Försäkringskassan gällande särskilt tandvårdsbidrag

För att undersöka om genomslaget för särskilt tandvårdsbidrag har förändrats över tid användes statistik från Försäkringskassan från 2014, där unikt antal individer per ålder som nyttjat stödet under året redovisades. Motsvarande uppgifter fanns inte tillgängliga i tandhälsoregistret för helåret 2014.

Jämförelse med uppgifter från tandhälsoregistret 2013, samma år som stödet trädde i kraft, visar att stödet når ut något bättre under 2014 (det vill säga andra året efter införandet).

Litteraturstudie

Parallellt med den kvantitativa analysen genomförde vi en litteraturstudie. Litteraturstudien genomfördes för att ge en överblick av befintlig kunskap inom området, och omfattade tidigare nationella och regionala studier och rapporter om tandvård och tandvårdsstöd, både generellt och för målgruppen äldre. Litteraturstudien gör inte anspråk på att vara heltäckande. För komplett källförteckning se kapitel 4, Referenser.

Intervjuer

Under projekttiden genomfördes intervjuer med 27 företrädare från bland annat akademien, professionen, myndigheter och patient- och pensionärsorganisationer. Genomförda intervjuer syftade till att öka kunskapen och förståelsen om hur de studerade tandvårdsstöden fungerar för äldre, samt att få en bakgrund till införandet av de olika stöden. Intervjuerna var av semistrukturerad karaktär – frågor ställdes utifrån en standardiserad intervjuguide men olika följdfrågor formulerades baserat på respondentens svar. Respondenten uppmanades att bidra med egna tankar och reflektioner kring utmaningar med nuvarande stöd och eventuella utvecklingsförslag. Varje intervju varade mellan 60 och 90 minuter. I rapporten används illustrerande citat från genomförda intervjuer. De citat som används har godkänts av intervjuade personer innan publicering.

Tabell 6. Genomförda intervjuer.

Namn	Befattning/arbetsplats
Sarah Anner	Verksamhetschef Edsåtra äldreboende
Marianne Appelquist	Sakkunnig inom tandvård (tidigare på Socialstyrelsen)
Sten Boström	Ombudsman Pensionärernas Riksorganisation
Jan Bouveng ¹	Verksamhetsutvecklare Försäkringskassan
Eva Nilsson Bågenholm	F.d. nationell äldresamordnare
Jenny Carlsson	Handläggare Sveriges Kommuner och Landsting
Andreas Cederlund	Sakkunnig inom tandvård Socialstyrelsen
Pia Gabre	Cheftandläkare Folk tandvården Landstinget i Uppsala län, adjungerad professor Sahlgrenska akademien
Lars Gahnberg	Enhetschef Centrum för äldretandvård Folk tandvården Västra Götalandsregionen, adjungerad professor Sahlgrenska akademien
Stina-Clara Hjulström	Ordförande Demensförbundet
Barbro Hjärpe	Odontologisk utredare Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Gunnel Håkansson	Tandvårdsstrateg Region Kronoberg och Region Halland
Björn Klinge	Professor parodontologi Odontologiska fakulteten Malmö högskola och Karolinska Institutet
Markus Martinelle	Kansliråd Finansdepartementet
Gunilla Nordenram	Docent gerodonti Karolinska institutet
Yvonne Nyblom	Ordförande Sveriges Tandhygienistförening
Ewa Nyström	Projektledare Mariestadsprojektet, koordinatör Centrum för äldretandvård Folk tandvården Västra Götalandsregionen
Ann-Marie Olhede	Tandvårdschef Tandvårdsenheten Västra Götalandsregionen
Lars Olsson	Näringspolitisk chef Privattandläkarna
Bent Petersen	Tandvårdschef Folk tandvården Västra Götalandsregionen, ordförande Folk tandvårdsföreningen
Birgitta Rosengren ¹	Områdeschef Försäkringskassan
Petteri Sjögren	Odontologisk och kvalitetschef Oral Care AB
Pia Skott	Vice föreståndare Akademiskt Centrum för Äldretandvård, klinikchef Folk tandvården Stockholms sjukhem
Sofia Tranæus	Avdelningschef Statens beredning för medicinsk utvärdering
Johan Wallér	VD Sveriges Apoteksförening
Inger Wårdh	Docent, universitetslektor gerodonti Karolinska institutet
Chaim Zlotnik	Ordförande Tjänstetandläkarna

¹ Birgitta Rosengren och Jan Bouveng intervjuades vid samma tillfälle.

Intervjuer i landsting och kommuner

För att få en fördjupad förståelse för hur tandvårdsstöden fungerar i praktiken på landstings- respektive kommunnivå genomfördes en undersökning där ett landsting och en region samt två – i landstinget/regionen ingående – kommuner studerades. Genom djupintervjuer belystes praktiska arbetsätt

och rutiner kopplade till tandvårdsstöden samt vad respondenterna upplever fungerar väl och vad som upplevs utmanande.

Urvalet av landsting baserades på kvantitativ analys

Intervjuer genomfördes i Landstinget i Värmland och Karlstad kommun samt Region Örebro län och Nora kommun. Urvalet baserades i första hand på att Landstinget i Värmland och Region Örebro län har liknande förutsättningar utifrån befolkningsstorlek; Landstinget i Värmland hade 273 815 invånare och Region Örebro län 285 395 invånare den 31 dec 2013 (SCB 2014b). I analyser av befintliga register såg vi också vissa skillnader i genomslag för stöden, vilket indikerade att det kunde finnas skillnader i arbetssätt (Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013, SKL 2014). När det kommer till registerdata finns, som beskrivits ovan, en stor osäkerhet kring uppgifternas tillförlitlighet, vilket framför allt kan härledas till lokala variationer i inrapportering. Skillnader i stödens genomslag på landstingsnivå har därför inte använts i strikt jämförande syfte utan främst agerat underlag för dialog med respektive landsting/region.

Inom landstinget/regionen förekommer enligt statistiska uppgifter vissa skillnader mellan kommuner vad gäller tandvårdsstödens genomslag. Då skillnader i utfall på kommunnivå emellertid är mycket känsligt för externa påverkande faktorer, såsom geografisk placering och gränsdragningar, samt att rapporteringen är osäker, redovisas utfallen inte på kommunnivå.

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

En analys baserad på Socialstyrelsens tandhälsoregister indikerar att det år 2013 var en viss skillnad mellan Örebro och Värmland i hur stor andel av den potentiella gruppen berättigade äldre som tog del av den nödvändiga tandvården. En jämförelse av andelen individer 65 år eller äldre som använt stöden, i relation till totalt antal individer i åldersgruppen, visade att andelen var något högre i Landstinget i Värmland (3,9 procent) än i Region Örebro län (2,2 procent) (SCB 2013, Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013). Analysen utgår från ett antagande om att det inte finns några betydande skillnader mellan landstinget och regionen med avseende på den äldre populationen, exempelvis hur många som har stort vård- och omsorgsbehov.

Även när det gäller hur många av de som bedömts berättigade (personkretsen) som tagit del av stöden kan i SKL:s uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd observeras vissa mindre skillnader. Andelen som fått munhälsobedömning i förhållande till personkretsen var något högre i Örebro (82 procent) än i Värmland (70 procent). I denna skillnad bör beaktas

att andelen som tackat ja till munhälsobedömning är något högre i Örebro (75 procent) än i Värmland (68 procent). För den nödvändiga tandvården hade Värmland (80 procent) en något högre andel i personkretsen som använt stödet än i Örebro (62 procent). Notera att SKL:s uppföljning gäller samtliga åldrar och att försiktighet bör iakttagas även gällande dessa data.

För munvårdsutbildning saknas uppföljning av hur stor andel av personalen som tagit del av denna i förhållande till totalt antal individer som är berättigade till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Det kan delvis förklaras av den höga personalomsättningen inom den kommunala omsorgen. I SKL:s uppföljning redovisas antal personer som genomgått utbildning år 2013; 3 429 i Landstinget i Värmland och 1 727 i Region Örebro län (SKL 2014). Antalet omfattar vård- och omsorgspersonal för samtliga berättigade, oavsett ålder.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

När det kommer till tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är antalet individer som fått ta del av stödet generellt sett få över hela landet, alltför få för att några signifikanta skillnader ska kunna identifieras.

Enligt data från Socialstyrelsens tandhälsoregister hade 109 individer 65 år eller äldre i Värmlands läns landsting och 32 individer 65 år eller äldre i Region Örebro län använt stödet under 2013.

I en jämförelse av andelen individer 65 år eller äldre som använt tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning – i relation till totalt antal individer i åldersgruppen – indikerades inga skillnader då andelen var mycket låg i både Värmlands läns landsting (0,1 procent) och i Region Örebro län (0,2 procent) (SCB 2013, Socialstyrelsens tandhälsoregister 2013). Analysen utgår från ett antagande om att det inte finns några betydande skillnader mellan landstinget och regionen med avseende på förekomst av berättigande diagnoser och funktionsnedsättningar.

Djupintervjuer med landstings- och kommunföreträdare – praktiska exempel

En studie i två landsting och två kommuner genomfördes under januari 2015 och bestod i huvudsak av djupintervjuer med berörda aktörer som till exempel cheftandläkare, anhörigkonsulent, vård- och omsorgspersonal och specialistläkare. Vi gjorde också en kompletterande genomgång av landstingens egen uppföljningsstatistik.

Totalt gjordes intervjuer med 20 personer i landsting/region och kommuner. Av dessa var fem intervjuer med representanter från Landstinget i Värmland och tre intervjuer med företrädare från Region Örebro län; fem representanter

från Karlstads kommun intervjuades och sju företrädare från Nora kommun. Inom landstinget/regionen intervjuades bland annat tandvårdschefer, cheftandläkare och överläkare. Kommunen spelar en central roll för några av de studerade stöden och en fungerande samverkan mellan landsting och kommun är viktiga förutsättningar för stödets genomslag. För att belysa denna samverkan valde vi att fördjupa oss i en kommun i respektive landsting och region: Karlstad kommun i Värmlands läns landsting och Nora kommun i Region Örebro län. Inom kommunen intervjuades bland annat biståndsbedömare, chefer inom hemtjänsten och enhetschefer på särskilda boenden.

Tabell 7. Genomförda intervjuer med landstings- och kommunföreträdare.

Namn	Befattning/arbetsplats
Företrädare från Landstinget i Värmland	
Christina Carlson	Chef Hälsoodontologisk utvecklingsenhet Folk tandvården
Lena Lindqvist	Munhälsostateg Hälsoodontologisk utvecklingsenhet Folk tandvården
Agne Nihlson	Cheftandläkare Folk tandvården
Johan Rådberg	Överläkare Neurokliniken Centralsjukhuset i Karlstad
Hans Östholm	Tandvårdschef Folk tandvården
Företrädare från Karlstads kommun	
Siv Gustavsson ¹	Administrativ chef hemtjänsten
Helena Holmstrand ¹	Enhetschef hemtjänsten
Inger Sund	Enhetschef särskilt boende
Kristina Wennstam	Anhörigkonsulent
Margareta Wilde	Biståndsbedömare
Företrädare från Region Örebro län	
Tommy Johansson	Tandvårdschef
Sara Magnusson Bucher	Verksamhetschef Reumatologiska kliniken Universitetssjukhuset Örebro
Katri Stålnacke	Verksamhetschef Folk tandvårdens folkhälsoenhet
Företrädare från Nora kommun	
Samira Besic ²	Undersköterska särskilt boende
Annika Fågelberg ³	Sjuksköterska särskilt boende
Susanne Gustavsson ²	Undersköterska särskilt boende
Anna Karin Nilsson ³	Sjuksköterska särskilt boende
Stefan Nilsson	Enhetschef hemtjänsten
Linda Viberg	Enhetschef särskilt boende
Asta Walling	Bistånds- och LSS-handläggare

¹ Siv Gustavsson och Helena Holmstrand intervjuades vid samma tillfälle.

² Susanne Gustavsson och Samira Besic intervjuades vid samma tillfälle.

³ Anna Karin Nilsson och Annika Fågelberg intervjuades vid samma tillfälle.

Intervjuerna var semistrukturerade, det vill säga de följde en på förhand konstruerad intervjuguide samtidigt som respondenten uppmanades att tala och reflektera fritt kring arbetssätt, rutiner och identifierade utmaningar.

Löpande avstämningar med andra pågående arbeten

Under studiens gång har vi fört dialog med andra pågående utredningar och initiativ. Detta för att undersöka möjliga beröringspunkter och gemensamma iakttagelser kring tandvårdsstöden. Vi har haft avstämningar med utvärderingen av 2008 års tandvårdsreform (kommittédirektiv 2014:28) vid två tillfällen under studieperioden. Vi har även haft två möten med den arbetsgrupp på Socialstyrelsen som bland annat arbetar med att kartlägga de regler som finns för tandvårdsstöd till hälso- och sjukvårdsavgift och den bakomliggande intentionen med lagstiftningen.

Expertgrupp

En expertgrupp har varit knuten till projektet. Expertgruppen har bistått med värdefulla inspel och synpunkter vid möten som ägt rum vid tre tillfällen under projekttiden. I expertgruppen har följande personer ingått:

- Lars Gahnberg – enhetschef Centrum för äldretandvård Folktandvården Västra Götalandsregionen, adjungerad professor Sahlgrenska akademien
- Pia Gabre – cheftandläkare Folktandvården i Uppsala län, adjungerad professor Sahlgrenska akademien
- Sten Boström – ombud PRO
- Lars Olsson – näringspolitisk chef Privattandläkarna
- Mariana Näslund Blixt – utredare Socialstyrelsen
- Andreas Cederlund – sakkunnig inom tandvård Socialstyrelsen

Tandlösa tandvårdsstöd

En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen

I denna rapport analyserar Vårdanalys hur fyra tandvårdsstöd fungerar för äldre. Vi identifierar utmaningar och ger rekommendationer för hur tandvårdsstöden kan utvecklas. Resultaten visar att en relativt liten andel av äldre i målgruppen tar del av stöden. Orsakerna är bland annat låg kännedom om stöden, bristande samverkan och olika villkor för hur stöden erbjuds äldre. Vi hoppas att rapporten ska bidra till en utveckling som gör att fler äldre får del av tandvårdsstöd på lika villkor, och att förutsättningarna för äldre att uppnå och bibehålla en god munhälsa stärks.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

