

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
nr 16/2008

Landstingets ansvar för tandvården för barn och unga

- Fullmäktiges uppdrag för att nå ökad mångfald och konkurrens har bl.a. lett till att en auktorisationsmodell införs i den specialiserade barn- och ungdomstandvården under 2009.
- Allmäntandvårdens resurser riktas på ett systematiskt sätt till barnen och ungdomarna efter behoven. Men de senaste årens extra insatser till dem med störst behov har inte givit resultat i form av förbättrad tandhälsa.
- HSN bör förbättra informationen om patientens inflytande och väntetider till specialisttandvården
- HSN och Folktandvården bör gemensamt arbeta för kortare väntetider till oral kirurgi
- HSN bör förbättra förutsättningar för konkurrensneutralitet vad gäller Folktandvårdens stöd och rådgivning till allmäntandläkare
- Folktandvården bör systematiskt följa remissflödet

Revisorsgrupp II
2008 års revisorer

2008-12-10

Diarienummer:
RK 200805-55


Hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelsen för Folktandvården AB

Rapport 16/2008 Landstingets ansvar för tandvården för barn och unga

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2008-12-10 att överlämna rapporten till Hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Folktandvården AB för yttrande senast 2009-04-01.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.


Göran Hammarsjö
ordförande


Agneta Fohlström
sekreterare

1. Inledning

Landstingsfullmäktige beslutade i december 2007 om ökad mångfald och konkurrens inom tandvården med anledning av de riktlinjer som formulerades i landstingets budget för 2007. De delar av beslutet som särskilt berör barn- och ungdomstandvården är t.ex. ett uppdrag att i möjligaste mån konkurransutsätta de områden, som hittills har direktupphandlats av Folktandvården i Stockholms län AB.

Syfte

Syftet med projektet är att granska landstingets ansvar för tandvården för barn och ungdomar i länet.

Revisionsfrågor

De övergripande revisionsfrågor som projektet ska belysa är:

- Hur säkerställer Hälso- och sjukvårdsnämnden att tandvården för barn och unga lever upp till kraven på god intern kontroll med utgångspunkt från behoven enligt nuvarande styrsystem?
- Genomför Hälso- och sjukvårdsnämnden, Folktandvården och Landstingsstyrelsen fullmäktiges uppdrag för ökad mångfald och konkurrens inom tandvården i överensstämmelse med god intern kontroll, specifikt när det gäller barn och unga?
- Finns förutsättningar för att den nya styrmodellen kan uppfylla kraven på ökad mångfald, konkurrensneutralitet, bättre tillgänglighet och ökat patientinflytande i barn- och ungdomstandvården?

Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer. För genomförandet har Verksamhetskultur Y AB anlåtats. Granskningen har genomförts i dialog mellan konsulten och revisionskontoret.

2. Konsultens iakttagelser

Den rapport som Verksamhetskultur Y AB tagit fram i samarbete med revisionskontoret bifogas som bilaga. Revisionskontorets kommentarer följer nedan i avsnitt 3.

3. Revisionskontorets kommentarer

Extra resurser till barn med störst behov har ännu inte givit resultat

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har god kunskap om hur tandhälsan ser ut i olika åldrar och geografiska områden i länet. Allmäntandvårdens resurser riktas på ett systematiskt sätt till barnen och ungdomarna efter behoven. Men de senaste årens extra insatser till dem med störst behov har inte givit resultat i form av förbättrad tandhälsa.

**Auktorisation av
specialiserad barn-
och
ungdomstandvård
införs 2009**

Fullmäktiges beslut om ökad mångfald av vårdgivare och konkurrens inom tandvården har bl.a. inneburit att den specialiserade barn- och ungdomstandvården omfattas av ett auktorisationssystem från 2009. Auktorisationsmodellen och införandedatum har inte beslutats ännu. Liknande utvecklingsarbete bedrivs av beställarna i Region Skåne, men hittills har inget systematiskt erfarenhetsutbyte mellan de båda beställarorganisationerna skett. Auktorisationen innebär också att ett listningssystem införs och tandvårdsbevisen försvinner. Administrationen av tandvårdsbevis har inneburit merarbete för privata tandläkare. HSN-förvaltningen har försökt underlätta administrationen av tandvårdsbevisen, men har då brutit i den interna kontrollen.

HSN genomför förändringar som syftar till att den nya styrmodellen kan uppfylla fullmäktiges krav på ökad mångfald, konkurrensneutralitet och bättre tillgänglighet samt ökat patientinflytande. Det går ännu inte att uttala sig om auktorisation inom specialisttandvården leder till de önskade förändringarna eftersom modellen inte är fastställd.

HSN följer regelbundet upp tillgänglighet och väntetider till behandlingar och mottagningar. Granskningen har visat att tillgängligheten till allmäntandvården är god. Väntetiden inom specialisttandvården varierar; väntetid för tandreglering är 1-2 månader, men väntetiden för oral kirurgi är från 6 månader. För oral kirurgi har HSN-förvaltningen begärt en handlingsplan från vårdgivaren (Folktandvården), i övrigt har inga åtgärder vidtagits.

**Ovanligt med
second opinion –
information saknas
till patienter**

Patientinflytandet i specialisttandvården i form av second opinion verkar vara mycket litet. Allmän information till patient/befolkning och vårdgivare saknas, vilket skiljer sig från övrig hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting och t.ex. Region Skåne.

Granskningen visar att Folktandvårdens specialister inom barn- och ungdomstandvård inte erbjuder privattandläkare samma möjlighet till stöd och rådgivning som Folktandvårdens allmäntandläkare får. HSN har inte ställt krav på Folktandvården i denna fråga.

Folktandvårdens företrädare analyserar inte remisser systematiskt för att kunna dra slutsatser om remissflödet. Det framkommer dock att Folktandvården anser att det förekommer så kallade "ekonomiska remisser" från privattandläkarna. Folktandvården har inte kunnat visa på fakta som styrker påståendet.

4. Rekommendationer

Revisionskontoret rekommenderar följande:

- HSN bör förbättra informationen om patientens inflytande och väntetider till specialisttandvården
- HSN och Folktandvården bör gemensamt arbeta för kortare väntetider till oral kirurgi
- HSN bör förbättra förutsättningar för konkurrensneutralitet vad gäller Folktandvårdens stöd och rådgivning till allmäntandläkare
- Folktandvården bör systematiskt följa remissflödet



Birgitta Strömbäck
Projektledare

**Granskning av Stockholms läns landstings ansvar
för tandvård för barn och ungdomar**

**Verksamhetskultur Y AB
· Eva Molin ·
November 2008**

Faktaruta

Tandvården regleras genom tandvårdslagen (1985:125). Med tandvård avses i denna lag åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Målet för tandvården är en god tandhälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Varje landsting ska också enligt lagen erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstingsområdet. Folktandvården ska svara för regelbunden, fullständig och kostnadsfri tandvård för barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget och dess folktandvård ansvarar för i enlighet med denna lag.

Regelbunden tandvård innebär att den som är under 20 år ska erbjudas tandvård så ofta att en god tandhälsa kan upprätthållas. Fullständig behandling innebär att erbjudas både allmäntandvård och vid behov specialisttandvård. Allmäntandvård omfattar "vanlig tandvård", vilket innebär undersökning, riskbedömning, förebyggande insatser, behandling av kariesskador och andra inte alltför komplicerade vårdbehov.

Specialisttandvård utförs av tandläkare som har specialistutbildning inom sitt ämnesområde. Barn och ungdomar kommer till specialisttandvården på remiss från tandläkare, läkare och andra vårdgivare. De som remitteras har komplicerade eller särskilda vårdbehov, som kräver mer omfattande utredning och/eller kvalificerad behandling. Remissundantag gäller inom tandreglering (ortodonti) i Stockholms läns landsting under förutsättning att barnet/ungdomen blivit bedömd och utvald till kostnadsfri behandling. Vid självfinansierad tandregleringsbehandling finns inte heller remisstvång.

Stockholms läns landsting erbjuder barn och ungdomar specialisttandvård inom tandreglering (ortodonti), oral kirurgi, specialiserad barn- och ungdomstandvård (pedodonti), oral radiologi, rotbehandlingar (endodonti), bettfysiologi, protetik och parodontologi (behandling av tandlossningssjukdomar).

Antalet barn och ungdomar (0-19 år) var 475 658 inom Stockholms län år 2007. Kostnaden för allmäntandvård för dessa var totalt 340 617 tkr, vilket ger en kostnad på 716 kr per barn/ungdom. Specialisttandvården kostade totalt samma år 153 960 tkr, vilket innebär en genomsnittlig kostnad på 324 kr per barn/ungdom.

82 procent av Stockholms läns barn och ungdomar i ålder 3-19 år väljer att få sin allmäntandvård hos Folktandvården i Stockholms län AB, 1 procent hos Karolinska Institutets Institution för odontologi medan 17 procent väljer en privat tandläkarmottagning.

Sammanfattning

På uppdrag av Landstingsrevisorerna har Eva Molin, Verksamhetskultur Y AB granskat Stockholms läns landstings ansvar för tandvård för barn och unga. Granskningen ska besvara tre övergripande revisionsfrågor:

1. Hur säkerställer HSN att tandvården för barn och unga lever upp till kraven på god intern kontroll med utgångspunkt från behoven enligt nuvarande styrsystem?
2. Genomför HSN, Folktandvården och LS (landstingsstyrelsen) fullmäktiges uppdrag för ökad mångfald och konkurrens inom tandvården i överensstämmelse med god intern kontroll, specifikt när det gäller barn och unga?
3. Finns förutsättningar för att den nya styrmodellen kan uppfylla kraven på ökad mångfald, konkurrensneutralitet, bättre tillgänglighet och ökat patientinflytande inom barn- och ungdomstandvården?

Granskningen har visat att HSN genom uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar har god kunskap om hur tandhälsan ser ut i olika åldrar och geografiska områden i länet. Allmäntandvårdens resurser riktas på ett systematiskt sätt till barn och ungdomar efter behoven. Men de senaste årens extra insatser till dem med störst behov har ännu inte givit resultat genom förbättrad tandhälsa.

Landstingsfullmäktiges beslut i december 2007 om ökad mångfald av vårdgivare och konkurrens inom tandvården återspeglas i HSN:s beslut ett halvt år senare, när det gäller tandvård för barn och unga.

Under 2009 kommer utredningar, som ska visa om medicinsk tandvård, narkostandvård och central akuttandvård kan konkurransutsättas. Senare delen av 2009 kommer ett auktorisationssystem att vara i drift för den specialiserade barn- och ungdomstandvården.

2009 upphandlas vårdområdesansvaret för 2-3 områden för driftstart den 1 januari 2010. Upphandlingen av områdesansvar är en försiktig start med endast några områden, vilket sannolikt inte uppfyller landstingsfullmäktiges intentioner från 2007. Det kommer också ha hunnit gå två år mellan beslut i fullmäktige och driftstart.

Administrationn av tandvårdsbevis, som givit privata vårdgivare irriterande merarbete försvinner och ersätts av ett listningssystem, vilket kunde ha skett långt tidigare. Privattandläkare får också möjlighet att ta hand om de yngsta barnen (0-2 år) för akuttandvård, vilket enbart Folktandvården fått göra tidigare. Det senare uppskattas av privata vårdgivare som ser sig som hela familjens tandläkare.

Från Folktandvårdens sida visas inte konkurrensneutralitet, när det gäller den specialiserade barn- och ungdomstandvårdens stöd till allmäntandläkare. De privata tandläkarna erbjuds inte samma möjligheter till konsultationer och terapiplaneringar som Folktandvårdens tandläkare.

Det gäller även privattandläkare med ett stort antal barn- och ungdomspatienter. HSN har inte heller som beställare ställt tydliga krav på Folk tandvården om detta.

Den tredje revisionsfrågan kan besvaras med att HSN genomför förändringar av styrningen som syftar till att uppfylla kraven på ökad mångfald, konkurrensneutralitet, bättre tillgänglighet och ökat patientinflytande. Det grundläggande kapiteringssystemet med vårdbehovsersättning finns kvar samt modellen för tandreglering (ortodonti), medan styrningen inom den övriga specialisttandvården kommer att förändras i och med en auktorisationsmodell.

Om auktorisationsmodellen kommer att leda till att tillgängligheten och patientinflytandet ökar inom specialisttandvården är av naturliga skäl okänt i dagsläget, eftersom modellen ännu inte presenterats. I början av 2009 kommer det att ske.

Inom allmäntandvården är däremot kraven på ökad tillgänglighet och patientinflytande redan väl tillgodosedda genom valfrihet och ett rikligt utbud av folktandvårdsmottagningar och privata vårdgivare samt Karolinska Institutets verksamhet.

Innehållsförteckning

- 1 **INLEDNING**
- 1.1 Bakgrund
- 1.2 Syfte och revisionsfrågor
- 1.3 Avgränsningar
- 1.4 Metod och genomförande
- 2 **UPPFÖLJNING AV BARN OCH UNGDOMARS
TANDHÄLSA**
- 2.1 Regelbunden uppföljning sedan länge
- 2.2 Tandhälsan har blivit bättre på lång sikt
- 2.3 Barn och ungdomar med sämst tandhälsa blir inte bättre
- 2.4 Skillnader i tandhälsa mellan vårdbehovsområden
- 2.5 Direktavtalen har ännu inte förbättrat tandhälsan
- 2.6 God intern kontroll av avtalen
- 2.7 Behov av bättre statistik
- 3 **MÅNGFALD OCH KONKURRENS**
- 3.1 Först i landet med mångfald och valfrihet
- 3.2 Konkurrens om vårdområdesansvaret 2010
- 3.3 Medicinsk tandvård och narkostandvård utreds 2009
- 3.4 Auktorisation inom specialiserad barn- och ungdomstandvård kommer 2009
- 3.5 De minsta får nu komma akut till familjetandläkaren
- 3.6 Centrala akuttandvården utreds 2009

- 4 TILLGÄNGLIGHET OCH PATIENTINFLYTANDE
 - 4.1 Tillgängligheten till allmäntandvård är god
 - 4.2 Tillgängligheten till specialisttandvård är sämre
 - 4.2.1 Tandreglering kan starta snabbt
 - 4.2.2 Längre väntan för oral kirurgi
 - 4.2.3 Barnspecialisterna har blivit mer åtkomliga
 - 4.2.4 Remisser till barnspecialisterna analyseras inte
 - 4.2.5 Andra specialister har rimliga väntetider
 - 4.3 Second opinion är inget man talar om
 - 4.4 Barnkonventionen följs inte upp
- 5 ERSÄTTNINGSMODELL FÖR BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD
 - 5.1 Nuvarande ersättningsmodell
 - 5.2 Vårdbehovsersättningen ökar antalet behandlade
 - 5.3 Vårdbehovsersättningen blir kvar
 - 5.4 Grundmodellen består också
 - 5.4.1 Tandvårdsbevisen ersätts av listning
 - 5.5 Kapiteringsersättning för områdesansvar och kollektiv kariesprofylax
- 6 ANALYS
 - 6.1 God intern kontroll utifrån behoven
 - 6.2 Extra insatser för att förbättra tandhälsan har ännu inte haft effekt
 - 6.3 Barnkonventionen och Second opinion har svag ställning i tandvården

- 6.4 Fullmäktiges uppdrag för mångfald och konkurrens genomförs
- 6.4.1 Ersättningssystem och planerade åtgärder
- 6.4.2 Familjetandläkare och geografiska områden
- 6.5 Folktandvården håller sig inte helt neutral
- 6.6 Kommer den nya styrmodellen att uppfylla kraven?

1 Inledning

1.1 Bakgrund

LF (landstingsfullmäktige) beslutade i december 2007 om ökad mångfald och konkurrens inom tandvård med anledning av de riktlinjer som formulerades i landstingets budget för 2007.

De delar av beslutet som särskilt berör barn- och ungdomstandvård är ett uppdrag åt HSN (hälso- och sjukvårdsnämnden) att utforma beställarunderlaget för den landstingsfinansierade tandvården på ett sätt, som medför att bättre konkurrens och större mångfald av vårdgivare kan uppnås. Beslutet innebär också ett uppdrag åt HSN att i möjligaste mån konkurrensutsätta de områden, som hittills har direktupphandlats av Folktandvården i Stockholms län AB.

Landstingsfullmäktiges budget för 2008 anger att direktavtalen med Folktandvården ska fasas ut till förmån för konkurrensutsättning. På motsvarande sätt anger HSN:s budget för 2008, att avtalen ska fasas ut för att upphöra, då nya system för ökad konkurrensneutralitet mellan olika tandvårdsutövare skapas.

Landstingsfullmäktiges beslut 2005 om barnkonventionen och handlingsplanen för att uppnå konventionens grundläggande principer får också teckna bakgrund till denna granskning. Handlingsplanen omfattar fyra grundläggande principer varav den första är att alla barn har samma rättigheter och lika värde. Barnets bästa ska vara vägledande vid allt beslutsfattande och vid alla åtgärder som rör barn och unga enligt den andra principen. Barn och unga ska också tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar samt ges möjlighet att uttrycka sina synpunkter i frågor som berör dem.¹

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att granska Stockholms läns landstings ansvar för tandvård för barn och ungdomar i länet.

Granskningen utgår från tre revisionsfrågor:

1. Hur säkerställer HSN att tandvården för barn och unga lever upp till kraven på god intern kontroll med utgångspunkt från behoven enligt nuvarande styrsystem?
2. Genomför HSN, Folktandvården och LS (landstingsstyrelsen) fullmäktiges uppdrag för ökad mångfald och konkurrens inom tandvården i överensstämmelse med god intern kontroll, specifikt när det gäller barn och unga?

¹ LF protokoll 2005-10-11, § 262, Plan för det fortsatta arbetet med Barnkonventionen inom Stockholms läns landsting (LS0503-0549)

3. Finns förutsättningar för att den nya styrmodellen kan uppfylla kraven på ökad mångfald, konkurrensneutralitet, bättre tillgänglighet och ökat patientinflytande inom barn- och ungdomsvården?

1.3 Avgränsningar

En granskning av Stockholms läns landstings ansvar för tandvård för barn och ungdomar innebär en avgränsning i ålder. Ansvaret avser barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år.

1.4 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts av Eva Molin, Verksamhetskultur Y AB i samarbete med Landstingsrevisorernas projektledare och projektmedarbetare. Den har omfattat kartläggning av styrdokument, andra relevanta skriftliga dokument och ett 35-tal intervjuer.

I första hand har företrädare för HSN:s förvaltning (Tandvårdsenheten) och LSF (Utvecklingskansliet) intervjuats. Intervjuer har också genomförts med företrädare för Folktandvården i Stockholms län AB, privata vårdgivare, intresseorganisationen Privattandläkarna och Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet.

Representanter för Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt för Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Örebro läns landsting har kontaktats för att få perspektiv på Stockholms läns landstings ansvar för tandvård för barn och ungdomar.

Ett urval av de intervjuade har fått möjlighet att faktagranska rapporten innan den slutligen ställts samman.

2 Uppföljning av barn och ungdomars tandhälsa

2.1 Regelbunden uppföljning sedan länge

Sedan 1980-talet följer Stockholms läns landsting upp barn och ungdomars tandhälsa i länet genom av WHO och Socialstyrelsen vedertagna mått och index. Stockholms läns landsting avviker emellertid i sin uppföljning genom att följa upp två andra åldersgrupper än vad de flesta län i landet och WHO gör.² Anledningen är att 6-åringar och 12-åringar i Stockholms län enligt Stockholms läns landsting inte tillhör de så kallade obligatoriska åldrarna, då vårdgivarna ska kalla barnen/ungdomarna för undersökning.³

HSN lämnar varje år en tandhälsorapport, som redovisar tandhälsoutvecklingen i länet.⁴

² De flesta län redovisar 6-åringar och 12-åringar på motsvarande sätt som WHO, medan Stockholms läns landsting istället redovisar 7-åringar och 13-åringar, vilket blir något missvisande i jämförelse med andra län.

³ Obligatoriska åldrarna i Stockholms län är alla udda åldrar från och med barnet fyller 3 år

⁴ Senaste rapporten: Tandhälsorapport 2007 (HSN 0803-0494)

Rapporten visar skillnader i tandhälsa uppdelat på ålder, vårdbehovsområde och kommuner/stadsdelar samt genom SiC-index⁵ tandhälsan för den tredjedel som har sämst tandhälsa. Tandhälsan ur ett genusperspektiv redovisas också samt hur barn och ungdomars tandhälsa svarar mot uppställda mål.

2.2 Tandhälsan har blivit bättre på lång sikt

Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län har under lång tid förbättrats. Under de senaste 20 åren har andelen barn och ungdomar med kariesskadade tänder minskat i alla åldersgrupper

- för 3-åringarna är förbättringen över perioden drygt 10 procentenheter
- för 6/7-åringarna cirka 22 procentenheter⁶
- för 12/13-åringarna cirka 36 procentenheter samt
- för 19-åringarna cirka 24 procentenheter

Denna stadiga förbättring har dock under senare år tenderat att plana ut.

2.3 Barn och ungdomar med sämst tandhälsa blir inte bättre

Tandhälsan har förbättrats generellt sett samtidigt som en mindre del av barnen och ungdomarna uppvisar ett större antal skadade tänder. Tandhälsan bland den tredjedel barn och ungdomar, som har sämst tandhälsa i Stockholms län avviker också till det sämre jämfört med riksgenomsnittet.

2.4 Skillnader i tandhälsa mellan vårdbehovsområden

Tandvårdsenheten har delat in länet geografiskt i vårdbehovsområden baserat på kunskaper om tandhälsan. Dessa områden sammanfaller i stora drag med den socioekonomiska strukturen i länet. Men kopplingen mellan socioekonomiska förhållanden och tandhälsa är inte enbart ett orsakssamband mellan inkomst och tandhälsa utan ett komplext samspel mellan vardagliga kostvanor, munhygien, familjers hälsotraditioner, utbildningsnivå och inkomst.

I vårdbehovsområde 3 och 4 är tandhälsan sämre än i område 1 och 2 och det gäller samtliga rapporterade åldersgrupper. Det är inte enbart en större andel barn och ungdomar, som har kariesskadade tänder utan de har också fler skadade tänder.

2.5 Direktavtalen har ännu inte förbättrat tandhälsan

HSN:s förvaltning har avtal med Folk tandvården om *Kariesprevention basprogram* för individuella hälsofrämjande åtgärder samt *Kariesprevention förstärkt basprogram* som syftar till att förbättra barn och ungdomars tandhälsa inom framförallt vårdbehovsområde 3 och 4. Åtgärderna avser förebyggande vård.

⁵ SiC-index rekommenderas av WHO och avser medelvärdet av skadade tänder för den tredjedel barn och ungdomar som har flest skadade tänder.

⁶ Före 1997 redovisade Stockholms läns landsting 6-åringar och 12-åringar

Programmen startade 2004 och har varit i full drift sedan 2006. Exempel på insatser som ingår i det förstärkta basprogrammet är tandhälsoinformation vid BVC till föräldrar med små barn, individuella undersökningar av 2-åringar med eventuell behandling och tandborstinstruktion samt fluorsköljning i förskoleklass och klass 5.

Ersättningen för basprogrammet ingår i tandvårdsersättningen för *Barn- och ungdomstandvård – tandsjukvård inklusive individuell profylax*, barnpengen. Folk tandvården får 2008 dessutom sammanlagt 5,6 mkr för det förstärkta basprogrammet enligt gällande avtal.⁷

Programmen har ännu inte visat resultat i form av förbättrad tandhälsa⁸. Det är svårt att veta om det beror på att programmen inte är tillräckligt effektiva eller om det ännu inte gått tillräckligt tid för att se effekterna av dem. I vilken grad programmen kan påverka tandhälsan återstår att se. Tandhälsa är ju som tidigare beskrivits resultatet av ett komplext samband mellan socioekonomiska faktorer, livsstil och utbildningsnivå. Programmen baseras emellertid på aktuell expertkunskap.⁹

2.6 God intern kontroll av avtalen

Tandvårdsenheten följer kontinuerligt upp utförda åtgärder enligt avtalen med Folk tandvården (enligt 2.5 ovan). Redovisningen som Folk tandvården ska lämna vid tre tillfällen per år är väl definierad och kvantifierad. Om uppställda mål inte nås blir Folk tandvården återbetalningsskyldig motsvarande bristerna i måluppfyllelsen.

2.7 Behov av bättre statistik

En del av de intervjuade efterlyser statistik, där diagnoser och behandlingsåtgärder kan kopplas till tandhälsan. Man undrar över vilka åtgärder som ger resultat på individnivå och vilka som eventuellt inte gör det.

HSN har också beslutat att införa registrering av behandlingsåtgärder inom barn- och ungdomstandvård.¹⁰ Tandvårdsenheten inför nu detta i samarbete med Folk tandvården och Praktikertjänst med start den 1 januari 2009.

Socialstyrelsen har också haft i uppdrag av regeringen att föreslå förbättringar på statistikområdet inom tandvården. Förslaget är att barn och ungdomar ska ingå i det kommande tandhälsoregister, som i första hand gäller vuxna. Registret kommer att bygga på data från patientjournaler och samlas in via Försäkringskassan eller landstingen. Det anses nödvändigt att utveckla en diagnos- och åtgärdsklassificering. Socialstyrelsen uttalar att detta skulle förbättra möjligheterna till statistik och kunskapsutveckling om befolkningens tandhälsa, särskilt beträffande barn och ungdomar.¹¹

⁷ Avtal kollektiv kariesprevention 2008 mellan HSN och Folk tandvården

⁸ Tandhälsorapport 2007 (HSN 0803-0494)

⁹ Att förebygga karies, SBU, 2002 och Kariesdiagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling, SBU, 2007

¹⁰ HSN protokoll 2008-06-17, § 8 Konkurrensneutrala ersättningssystem inom tandvården (HSN 0805-0659)

¹¹ Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa, Socialstyrelsen, 2008

3 Mångfald och konkurrens

3.1 Först i landet med mångfald och valfrihet

Stockholms läns landsting var först i landet att införa valfrihet för barn och ungdomar i allmäntandvården. Det är 15 år sedan och numera har alla andra landsting och regioner följt efter och privata vårdgivare kan anlitas lika väl som Folktandvården.

Inom tandreglering (ortodonti) har konkurrensutsättningen från år 2000 inneburit att Folktandvårdens andel har minskat till drygt 20 procent och att det numera finns 25 privata vårdgivare att välja på enligt en kundvalsmodell. I landet finns motsvarande mångfald och valfrihet enbart i Skåne.

Inom andra specialistområden har barn och ungdomar hittills inte haft valfrihet utan remitteras till Folktandvårdens specialistmottagningar och sedan ett par år tillbaka även till Institution för odontologi i Huddinge (Karolinska Institutet). Det senare gäller barn och ungdomar med bostadsadress i definierade områden i de sydvästra delarna av länet.

2006 ökade mångfalden genom att avdelningen för Pedodonti vid Institutionen för odontologi fick bli remissmottagning för barn och ungdomar i de sydvästra delarna av länet. Avdelningen är en universitetsklinik och bedriver grundutbildning, specialistutbildning, forskarutbildning och forskning. Avdelningens forskning berör främst hur olika allmänsjukdomar påverkar barns orala hälsa (munhälsa).

Att avdelningen fick bli remissmottagning är i linje med den senare beslutade nya samverkansmodellen mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting för att stärka sambanden mellan universitet och hälso- och sjukvård.¹²

3.2 Konkurrens om vårdområdesansvaret 2010

Landstingsfullmäktige fattade 2007 beslut om att i möjligaste mån konkurrensutsätta de områden, som hittills direktupphandlats av Folktandvården.¹³ Enligt Tandvårdsenhetens företrädare planeras en första upphandling 2009 av 2-3 områden med planerad driftstart den 1 januari 2010. Enligt företrädarna tar det denna tid att planera och genomföra uppdraget, om det ska kunna utföras väl. Det får betraktas som en blygsam och försiktig start, som kanske inte till fullo motsvarar landstingsfullmäktiges intentioner vid beslutet 2007.

¹² LS protokoll 2007-09-18, § 235 (LS 0708-0809)

¹³ LF protokoll 2007-12-21, § 303 Ökad mångfald av vårdgivare och konkurrens inom tandvården (LS 0710-1170)

Områdesansvaret ger i år Folktandvården 13 mkr varav 2,6 mkr räknas av för att tillföras ersättningen för barn och ungdomar med sämre tandhälsa, vilket Folktandvården även ansvarar för.

3.3 Medicinsk tandvård och narkostandvård utreds 2009

Medicinsk tandvård och narkostandvård omfattas också av landstingsfullmäktiges beslut att i möjligaste mån bli konkurrensutsatta. Tandvårdsenhetens företrädare uppger också att under 2009 kommer denna tandvård att utredas för en bedömning om det är möjligt. Delar av vården berör barn och ungdomar.

Under utredningstiden får Folktandvården fortsätta att driva verksamheten genom direktavtal. 2008 får Folktandvården 13,5 mkr i ersättning för verksamheten.

3.4 Auktorisation inom specialiserad barn- och ungdomstandvård kommer 2009

Tandvårdsenheten arbetar med ett förslag, som kommer att behandlas i HSN i januari 2009 med målet, att ha ett auktorisationssystem i drift under senare delen av samma år. Under tiden fortsätter Folktandvården att svara för närmare 90 procent av den landstingsfinansierade specialisttandvården för barn och ungdomar förutom inom tandreglering (ortodonti). Drygt 10 procent av specialisttandvården (även exklusive tandreglering) står Institutionen för odontologi för enligt beskrivningen under 3.1.

Region Skåne, som också arbetar med ett förslag om mångfald inom den specialiserade barn- och ungdomstandvården, har under arbetets gång slutit överenskommelser med ett par privata specialister. På så sätt kompletterar man Folktandvårdens verksamhet och skapar redan under utredningsarbetet viss mångfald.

3.5 De minsta får nu komma akut till familjetandläkaren

Ett inslag i att öka konkurrensneutraliteten är att HSN i juni i år fattade beslut om, att inte enbart Folktandvården utan även privata vårdgivare får ta hand om barn i åldern 0-2 år och fakturera akuttandvård enligt Folktandvårdens prislista.¹⁴ Ett beslut som uppskattas av de intervjuade privata vårdgivarna, eftersom de vill vara hela familjens tandläkare och mottagning.

3.6 Centrala akuttandvården utreds 2009

Tandvårdsenheten planerar att utreda frågan om konkurrensutsättning av den centrala akuttandvården under 2009. Utredningen kommer bland annat innebära en definiering av det akuta omhändertagandet inom tandvården, vid sidan av det som sker vid de oralkirurgiska klinikerna vid sjukhusen.

Under tiden fortsätter Folktandvården att driva verksamheten och får i år en ersättning på 2 mkr för driften av den centrala akuttandvårdsmottagningen vid S:t Eriks sjukhus.

¹⁴ HSN protokoll 2008-06-17, § 8 Konkurrensneutrala ersättningssystem inom tandvården (HSN 0805-0659)

4 Tillgänglighet och patientinflytande

4.1 Tillgängligheten till allmäntandvård är god

Barn och ungdomar i Stockholms län har ett stort antal tandvårdsmottagningar att välja på. Folktandvården har cirka 100 mottagningar lokaliserade i hela länet. Målet är att ingen länsinnevånare ska ha mer än 30 minuters resa med kollektivtrafik till en mottagning.¹⁵

Stockholms län är också väl tillgodosett med privatpraktiserande tandläkare. Alla tar dock inte emot barn och ungdomar utan kan som sin målgrupp ha enbart vuxna patienter. Eftersom det är Folktandvården som har direktavtal omfattande bland annat ”sista handsansvaret” är inte heller privatpraktiserande tandläkare skyldiga att ta hand om barn och ungdomar. Sammanlagt var det emellertid närmare 1 100 av länets cirka 1 200 privattandläkare, som under 2006 respektive 2007 tog emot barn och ungdomar och årets uppgifter visar att det blir ungefär motsvarande antal.

Av de intervjuade privatpraktiserande tandläkarna uttalar alla utom en, att målsättningen är att vara familjetandläkare. Undantaget var en tandläkare som enbart tar emot yngre patienter och ansvarar för cirka 2 000 barn och ungdomar, men en kollega vid mottagningen erbjuder sig däremot att ta hand om föräldrarna. På så sätt får mottagningen ändå i sin helhet en familjeprofil.

Barn och ungdomar har tillgång till generösa öppettider. De flesta folktandvårdsmottagningar öppnar kl. 7.00 eller kl. 7.30 och flertalet har öppet flera dagar i veckan till kl.18 eller kl.19. Lördagsöppet kan också förekomma.¹⁶ Privatmottagningar är i allmänhet också flexibla när det gäller öppettider.

Patientinflytandet är väl tillgodosett i avseendet att kunna välja vårdgivare kombinerat med det rika utbudet. Få barn och ungdomar i övriga delar av landet har lika goda möjligheter, då motsvarande utbud saknas utanför storstadsområdena.

4.2 Tillgängligheten till specialisttandvård är sämre

Tandvårdsenheten följer tillgängligheten till specialisttandvård genom att följa antalet barn och ungdomar på väntelistor och längsta kötiden till respektive specialitet. Maximalt 3 månaders kötid uppges vara gränsen för vad Tandvårdsenheten accepterar. Vårdgarantin som gäller i hälso- och sjukvården omfattar inte tandvård.

Väntetiderna till specialister kan följas på Folktandvårdens hemsida. Däremot är inte väntetiden till avdelningen för Pedodonti (Institutionen för odontologi) så lätt att hitta på Karolinska Institutets hemsida. Inom två

¹⁵ 2008-11-20 enligt <http://www.ftv.sll.se>

¹⁶ 2008-11-20 enligt <http://www.ftv.sll.se>

månader kallas dock barn och ungdomar till avdelningen, såvida det inte gäller akuta problem. Då ges tid omedelbart.¹⁷

Remisstväng gäller all specialistvård förutom tandreglering (ortodonti), som istället har en kundvalsmodell, som beskrivs kortfattat under 4.2.1.

4.2.1 Tandreglering kan starta snabbt

Tillgängligheten till tandreglering (ortodonti) kan följas på Vårdguiden¹⁸. Det finns ett 30-tal mottagningar att välja på enligt en kundvalsmodell. 25 av dessa mottagningar är privata, men det finns också mottagningar i Folk tandvårdens regi samt Karolinska Institutets mottagning. 1-2 månader är en vanlig väntetid för besök, men det finns också specialister, som kan ta emot omedelbart.

Om behandlingen ska kunna finansieras av Stockholms läns landsting, måste patienten först vara bedömd av en specialist, som har avtalat konsultuppdrag med HSN och väljer ut vilka som får ta del av behandling. Stockholms läns landsting har beslutat att 25 procent av barnen och ungdomarna med de största behoven får ta del av denna förmån. Andra får finansiera sin eventuella behandling själva. Urvalsmodellen, med vilken de 25 procenten väljs ut, kommer att utvärderas under 2009.

De intervjuade allmäntandläkarna uppger att tandregleringsverksamheten fungerar smidigt och väl ur deras perspektiv.

4.2.2 Längre väntan för oral kirurgi

Till oral kirurgi är den aktuella väntetiden för närvarande 6 månader och man kan befara, att det skulle kunna riskera att tandregleringsbehandlingar blir försenade. Innan sådana behandlingar kan starta, är det inte helt ovanligt att operativa ingrepp behöver göras. Tandvårdsenheten följer dock upp vid vilken ålder behandlingarna inleds och det finns enligt uppgift inga tecken på förseningar, utan de har under lång tid påbörjats vid genomsnittsåldern 13,8 år. Det anser man från Tandvårdsenhetens sida vara tillfredsställande.

Eftersom den längsta kötiden för oral kirurgi överstiger den acceptabla, har man begärt att få en handlingsplan med åtgärder från Folk tandvården. Intrycket är dock att det tagit tid, innan man ställt kraven med tillräcklig skärpa. En av de åtgärder som Folk tandvården numera vidtar är att fortbilda en del av de egna allmäntandläkarna inom ämnet oral kirurgi.

Däremot har varken Tandvårdsenheten eller Folk tandvården valt att åtgärda problemet genom att anlita privatpraktiserande oralkirurger, som skulle kunna behandla äldre ungdomar, där den speciella barnkompetensen inte har lika stor betydelse som för yngre barn.

De intervjuade allmäntandläkarna uttalar sig positivt om de specialister i oral kirurgi, som de har att vända sig till och anser sig snabbt få hjälp vid

¹⁷ 2008-11-20 enligt <http://www.ki.se> flik Institutionen för odontologi, flik avdelningen för Pedodonti

¹⁸ 2008-11-20 enligt <http://www.varldguiden.se>

akuta skador eller andra allvarliga problem hos sina yngre patienter. I detta avseende verkar oralkirurgerna tillräckligt tillgängliga.

4.2.3 Barnspecialisterna har blivit mer åtkomliga

Den specialiserade barntandvården (pedodonti) har en aktuell längsta kötid på 3 månader, men har haft längre kötider. Åtgärder har vidtagits för att minska väntetiden för remissfall och åtgärderna har givit resultat. Ett sätt att minska kötiderna har varit att förbättra stödet till Folk tandvårdens egna mottagningar för allmäntandvård genom att erbjuda konsultationer och terapiplanering på plats. På så sätt har antalet remissfall kunnat minska.

De privata mottagningarna får inte ta del av motsvarande erbjudanden trots att flera av de intervjuade tandläkarna ansvarar för väl så många barn och ungdomar, som många allmäntandläkare i Folk tandvården. I detta avseende råder inte konkurrensneutralitet.

Under denna höst har Folk tandvården skickat en enkät till privattandläkare, som remitterat minst tre patienter med frågor om önskemål om utökat samarbete. Enligt Folk tandvårdens uppgifter skulle de preliminära svaren visa att förväntningarna på service och bemötande uppfylls väl.¹⁹

4.2.4 Remisserna till barnspecialisterna analyseras inte

Vid intervjun med verksamhetschefen för Folk tandvårdens specialiserade barn- och ungdomstandvård upplystes om, att remisserna inte analyseras på ett systematiskt sätt för att dra slutsatser ur det samlade remissflödet. Några analyser har inte heller funnits tillgängliga vid granskningen förutom de kvantitativa data, som kan följas i Folk tandvårdens reguljära rapporter.²⁰ Däremot prioriteras inkomna remisser enligt gällande prioriteringsordning.

Vid några tillfällen vid denna granskning har det från ansvarigt håll i Folk tandvården talats om, att det finns privata allmäntandläkare som skickar ”ekonomiska remisser”. Med detta begrepp menar man att remittering sker för att behandlingarna är för omfattande och kostsamma för vårdgivaren. Däremot har ingen ansvarig på förfrågan kunnat bekräfta påståendena med fakta utan hänvisar istället till sin erfarenhet.

Även Tandvårdsenhetens företrädare uppger att man hört uttrycket och efterfrågat faktaunderlag från Folk tandvårdens sida, men inte fått det. Intrycket blir då att det kan vara en attitydfråga, som ligger till grund för påståendena. Särskilt när remisserna inte analyseras mer systematiskt av ansvarig chef.

Folk tandvården får också en extra ersättning på 300 tkr (2007), som tas från den riskpott som är avsedd för privattandläkarnas mer kostnadskrävande behandlingar enligt beskrivningen under 5.1. Syftet med att föra över medlen till Folk tandvården är att privattandläkare skickar förhållandevis fler remisser till specialisttandvård än Folk tandvårdens egna allmäntandläkare.

¹⁹ Uppgifter 2008-11-28 från Folk tandvårdens ledning. Enkäten och de preliminära resultaten har inte varit tillgängliga vid granskningen

²⁰ Månadsrapporter, tertialrapporter etc

Granskningen visar också att det finns en viss övervikt av remisser från privata vårdgivare i förhållande till antalet från Folk tandvårdens allmäntandläkare, om man jämför med andelarna av den totala allmänna barn- och ungdomstandvården.²¹

De intervjuade allmäntandläkarna är inte heller lika positiva till tillgängligheten och stödet från barnspecialisterna, som när det gäller oralkirurgerna. Allmäntandläkarnas erfarenheter är mer skiftande. En del har positiva erfarenheter medan andra anser, att det är svårt att få hjälp de få gånger, som de verkligen behöver det.

4.2.5 Andra specialister har rimliga väntetider

Övriga delar av specialisttandvården har längsta kötider på 1-4 månader, där protetik har den längsta. Akuta fall tas om hand omedelbart vid samtliga specialistkliniker och barn och ungdomar prioriteras i allmänhet före vuxna.

De intervjuade allmäntandläkarna anlitar sällan specialister inom de här områdena (bettfysiologi, oral radiologi, endodonti, protetik och parodontologi) för sina barn- och ungdomspatienter. I den mån de gör det, anser de sig få hjälp inom rimliga tidsramar och vid akuta problem tillräckligt snabbt.

4.3 Second opinion är inget man talar om

I allmäntandvården med valfrihet och ett stort utbud av mottagningar finns ju åtskilliga Second opinionmöjligheter. Inom specialisttandvården, som inte erbjuder motsvarande förhållanden, blir däremot möjligheterna avsevärt mer begränsade av naturliga skäl. Denna granskning visar också att det saknas allmän information om Second opinion. Istället säger man sig försöka lösa frågan, om föräldrar eller ungdomar tar egna initiativ. Barns möjligheter att ta initiativ på det här området får betraktas som små.

Visserligen finns det en Second opinionfunktion inom konsultverksamheten i tandreglering (ortodonti), men Tandvårdsenhetens företrädare följer inte upp den systematiskt, då man anser att urvalssystemet är så välfungerande att det inte behövs. Funktionen innebär dock att konsulttandläkare, som har avtal med HSN och därmed får bedöma om landstinget kan finansiera en tandregleringsbehandling, ska kunna erbjuda en kollega för Second opinion. Nu kommer dock urvalsmodellen i sin helhet att utvärderas under 2009, som tidigare beskrivits.

Som jämförelse har Region Skåne en skriftlig instruktion för Second opinion inom tandreglering på sin hemsida. Instruktionen hittar man bland annan information om tandregleringsbehandlingar, som till exempel väntetider till olika vårdgivare.²²

4.4 Barnkonventionen följs inte upp

Landstingsfullmäktiges beslut om barnkonventionen och en handlingsplan för att nå upp till konventionens grundläggande principer har ännu inte satt

²¹ Folk tandvårdens tertialrapport 2008-08-31

²² 2008-11-20 enligt <http://www.skane.se>

djupare spår i tandvården för barn och ungdomar. Åtminstone vet inte Tandvårdsenheten om hur det förhåller sig, eftersom ingen uppföljning sker.

I avtalen med Folktandvården och Karolinska Institutet samt anvisningarna för privat tandvård för barn och ungdom finns instruktioner om att arbeta enligt konventionens målsättningar. Man hänvisar också enligt uppgift till landstingets Folkhälsoguide där handlingsplanen finns. I avtalen för 2009-2011 blir kravet på att följa *Handlingsplan för arbetet med Barnkonventionen inom Stockholms läns landsting* inskrivet.

Tandvårdsenheten har som påpekats inte följt upp, om de egna instruktionerna att arbeta enligt konventionen följs av Folktandvården eller andra vårdgivare. I den uppföljning som LSF gjorde 2006 framhåller man inte heller tandvården, utan det är främst barn- och ungdomspsykiatri som beskrivs i positiva ordalag, när det gäller hur barnkonventionen efterlevs.²³

5 Ersättningsmodell för barn- och ungdomstandvård

5.1 Nuvarande ersättningsmodell

Modellen bygger på att alla barn och ungdomar kallas vartannat år för allmäntandvård. Varje år går det ut information till hushållen om det fria valet. De som inte gör ett aktivt val kallas till den folktandvårdsmottagning, som har ansvar för området de bor i (enligt tidigare beskrivna direktavtal). Motsvarande områdesansvar har Institutet för odontologi (Karolinska Institutet) för sitt närbelägna upptagningsområde.

Ersättningen till vårdgivare för en tvåårsperiod består av en grundersättning på 1 678 kr och en vårdbehovsersättning. För vårdområde 1, där tandhälsan är bäst, utgår dock enbart grundersättning. För område 2 utgår ett påslag med 344 kr per barn. I område 3 är påslaget 716 kr och i område 4 där tandhälsan är sämst blir påslaget 960 kr.²⁴

Ersättningsmodellen baseras på stora volymer ("gungor och karuseller") men fungerar sämre för de vårdgivare, som har ett mindre antal barn och ungdomar, vilket många privattandläkare har. Därför har man satt av 86 kr från grundersättningen 1 678 kr till en gemensam riskpott för de privata vårdgivarna. Privattandläkare som har särskilt kostnadskrävande patienter kan sedan efter särskild prövning få ersättning från riskpotten. En del av riskpotten förs över till Folktandvården, som tidigare beskrivits under 4.2.4.

5.2 Vårdbehovsersättningen ökar antalet behandlade

Vårdbehovsersättningen infördes 2003 och har medfört att uteblivanden minskat radikalt.²⁵ Fler barn och ungdomar har blivit undersökta och

²³ Uppföljning av Stockholms läns landstings Handlingsplan för Barnkonventionen 2006 (LS 0611-1879)

²⁴ Samtliga ersättningar är de aktuella för 2008

²⁵ Uppföljning av vårdbehovstillägget och bortfallsanalys år 2006 (HSN 0703-0247)

behandlade än tidigare. De ekonomiska incitamenten verkar ha haft god effekt på ansträngningarna att även få de ”svårinbjudna” barnen och ungdomarna till tandvården.

Tandvårdsenheten har följt upp vårdbehovstillägget och gjort en analys av de barn och ungdomar, som inte kommer till tandvården. 2003-2006 har bortfallet legat på en stabil nivå på cirka 7,5-8,0 procent. Det är barn och ungdomar från vårdområde 4, som avstår mest från tandvård. 19-åriga unga män avstår allra mest.

5.3 Vårdbehovsersättningen blir kvar

Vårdområdesersättningssystemet kommer att fortsätta enligt beslut i HSN i juni i år.²⁶ Från Tandvårdsenhetens sida är man också mycket nöjd med denna del av ersättningssystemet, som på ett positivt sätt bidragit till att fler barn och ungdomar kommer till tandvården.

5.4 Grundmodellen består också

Tandvårdsenheten kommer också att fortsätta med sin grundmodell med kapitering, vilket innebär en fast ersättning till vårdgivare per behandlad barn/ungdom. Ett betydelsefullt skäl för att behålla modellen uppges vara att den ger mycket god kostnadskontroll.

HSN har beslutat, som beskrivits under 2.7, att vårdgivarna ska börja registrera behandlingsåtgärderna för barn och ungdom. Enligt tjänsteutlåtandet ska registreringen, som börjar den 1 januari 2009, ligga till grund för att ”underlag för alternativa ersättningsformer kan tas fram när så anses lämpligt”.²⁷ Närmare information än så finns i dagsläget inte tillgängligt om detta.

Bland de intervjuade allmäntandläkarna är flertalet tillfreds med det nuvarande ersättningssystemet, även om det också finns röster som hellre skulle vilja se ett inslag av åtgärdsbaserad ersättning. Däremot finns ett samfällt missnöje med ersättningsnivåerna och man framhåller att de tillhör de lägsta i landet. Ersättningen per barn/ungdom i åldern 3-19 år var 904 kr i Stockholms län för år 2007, medan riksgenomsnittet var 1 058 kr.²⁸

5.4.1 Tandvårdsbevisen ersätts av listning

Administrationen av tandvårdsbevis (som enbart gäller för privata vårdgivare) orsakar de intervjuade privattandläkarna irriterande merarbete. Barn och ungdomar (alternativt föräldrar åt dem) som anmäler, att de har en privattandläkare får ett tandvårdsbevis hemsänt. Beviset ska medföras till tandläkaren, som får sin ersättning för vården först när beviset skickats till Tandvårdsenheten. Det är inte ovanligt att tandvårdsbevisen ”kommer bort” för barnen/ungdomarna eller föräldrarna och vårdgivaren får lägga mycket tid på att försöka få tag i dem för att få sin ersättning. Tandvårdsenheten har visat förståelse för problemet och löser frågan utan att alltid ha tillräckligt

²⁶ HSN protokoll 2008-06-17, § 8 Konkurrensneutrala ersättningssystem inom tandvården (HSN 0805-0659)

²⁷ Enligt fotnot 26

²⁸ Uppgifter från Tandvårdsenheten

god internkontroll av värdehandlingarna, men i syfte att underlätta för de privata vårdgivarna. Varför Tandvårdsenheten inte tidigare skapat en bättre lösning på ett gammalt och känt problem kan man ifrågasätta.

Ett listningssystem kommer enligt HSN:s beslut att vara i drift den 1 januari 2010 och ett stort irritationsmoment kommer att försvinna. Samtidigt blir det också lättare att byta vårdgivare för den som så önskar. Byte kommer att kunna genomföras hur ofta man vill.

5.5 Kapiteringsersättning för områdesansvar och kollektiv kariesprofylax

HSN fattade i juni år beslut om att införa kapiteringsersättning för områdesansvar och för kollektiv kariesprevention.

Det innebär att ersättningen till Folktandvården för områdesansvaret för barn och ungdomar, som ges som en totalsumma om cirka 13 mkr, istället kommer att utgå som en fast ersättning utslaget per barn/ungdom inom ett fastställt geografiskt område. Tillägg ges för barn och ungdomar i områden med sämst tandhälsa. På motsvarande sätt kommer ersättningen till Folktandvården för det förstärkta basprogrammet för kariesprevention slås ut per barn/ungdom i de geografiska områden där programmet genomförs.

Som tidigare beskrivits under 3.2 kommer områdesansvaret att upphandlas i några områden för driftstart 2010. Om det förstärkta basprogrammet ska ingå kommer att utredas.²⁹

6 Analys

6.1 God intern kontroll utifrån behoven

Granskningen har visat att Tandvårdsenheten genom uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar uppdelat på ålder, genus och kommuner/stadsdelar har god uppfattning om de sammantagna vårdbehoven i olika geografiska områden i länet. Man följer också särskilt tandhälsan hos den tredjedel som har sämst tandhälsa och därmed de allra största vårdbehoven. För uppföljningen används av Socialstyrelsen angivna och internationellt vedertagna mätetal.³⁰ Tandvårdsenheten har också genomfört analyser av vilka barn och ungdomar, som inte kommer till tandvården.

Utifrån vårdbehoven har man format ett ersättningssystem med påslag i den grundläggande kapiteringen för barn och ungdomar i områden med sämre tandhälsa. Område 1 där den bästa tandhälsan finns innebär att vårdgivare enbart får grundersättningen. I område 2 ges ett påslag, som ökar i område 3 och är störst i område 4, där barnen och ungdomarna har den sämsta tandhälsan och därmed de största vårdbehoven.

²⁹ Enligt fotnot 23

³⁰ Med undantag för att Stockholms läns landsting mäter två andra åldersgrupper än vad som är brukligt enligt fotnot 3

Tandvårdsenheten kommer 2009 genomföra en utvärdering av den urvalsmodell, som används inom tandreglering (ortodonti). Modellen används för att välja ut de 25 procent av barnen och ungdomarna, som har de största vårdbehoven och kan få kostnadsfri behandling.

Förra året genomförde en extern expert (professor i ortodonti) på Tandvårdsenhetens uppdrag en uppföljning inom tandregleringsvården. Syftet var att undersöka om det fanns skillnader i vårdtyngd mellan patienter hos olika vårdgivare. Uppföljningen visade att fördelningen av olika diagnoser och behandlingar var tämligen likartad hos de sammanlagt 350 slumpvis utvalda patienterna vid utvalda kliniker (Folktandvården, Institutionen för odontologi och privata vårdgivare).³¹

6.2 Extra insatser för att förbättra tandhälsan har ännu inte haft effekt

Trots god intern kontroll och insatser utifrån vårdbehoven har inte tandhälsan förbättrats under senare år på motsvarande sätt som tidigare skett i ett långsiktigt perspektiv.

De extra insatser som Folktandvården sedan 2004 fått i uppdrag att genomföra i form av förstärkta basprogram för kariesprevention har ännu inte visat resultat i förbättrad tandhälsa. Skillnaderna i tandhälsa består och den tredjedel som har sämst tandhälsa har hittills inte blivit bättre.

Som tidigare beskrivits är det svårt att veta, om det beror på att programmen inte är tillräckligt effektiva eller om det ännu inte gått tillräckligt tid för att se effekterna av dem. I vilken grad programmen kan påverka tandhälsan är också oklart, eftersom tandhälsa även har samband med faktorer som ligger utanför programmets räckvidd. Programmen baseras som tidigare framhållits på tillgänglig expertkunskap.

6.3 Barnkonventionen och Second opinion har svag ställning i tandvården

Granskningen visar att Barnkonventionen och den handlingsplan som är beslutad om i landstingsfullmäktige för att genomföra konventionens intentioner hittills inte har fått prioritet. Tandvårdsenheten följer ju inte upp om vårdgivarna följer handlingsplanen.

Möjligheter till Second opinion för barn och ungdomar är goda inom allmäntandvården, eftersom valfrihet och god tillgänglighet råder. Inom den specialiserade tandvården är möjligheterna inte lika väl tillgodosedda.

6.4 Fullmäktiges uppdrag för mångfald och konkurrens genomförs

6.4.1 Ersättningssystemen och planerade åtgärder

Landstingsfullmäktiges beslut i slutet av 2007 för att öka mångfalden av vårdgivare och konkurrensen inom tandvård för barn och ungdomar

³¹ Uppföljning av områdesansvar inom tandregleringsvården (LS 0611-1143)

avspeglas i HSN:s beslut ett halvt år senare om konkurrensneutrala ersättningssystem

Från och med den 1 januari 2009 ska behandlingsåtgärder redovisas av vårdgivarna enligt beslut i HSN. Syftet beskrivs vara att registreringen ska bilda underlag för att alternativa ersättningsformer ska kunna tas fram när så anses lämpligt. Beskrivningen ger ett öprecist intryck och väcker frågor om, hur registreringen konkret kommer att påverka ersättningssystemet och även när det kommer att ske.

Ersättningssystemet inom allmäntandvården fortsätter med kapitering i form av grundersättning och vårdbehovstillägg. Systemet ger god kostnadskontroll, vilket är av stort värde. Det är också konkurrensneutralt.

Administrationn av ersättningssystemet förbättras för privata vårdgivare genom att tandvårdsbevisen försvinner och ersätts av listning. Det förenklar också för barn, ungdomar och föräldrar vid byte av vårdgivare. Denna förbättring kunde ha skett långt tidigare på motsvarande sätt, som många andra landsting/regioner gjort.

Under 2009 kommer flera utredningar genomföras för att se vilka verksamheter som är möjliga att konkurrensutsätta. Barn och ungdomar berörs av utredningarna om medicinsk tandvård och narkostandvård samt central akuttandvård.

Senare delen av 2009 kommer ett auktorisationssystem sättas i drift för specialiserad barn- och ungdomstandvård. Ett förslag kommer att presenteras i januari 2009 för HSN. I dagsläget saknas information om det, men man kan ana att det kommer att ha vissa likheter med bedömningssystemet inom tandreglering.

Konkurrensutsättning av områdesansvaret tar det däremot längre tid att förbereda för och en upphandling planeras först under 2009 med driftstart den 1 januari 2010. Till att börja med kommer endast 2-3 områden bli aktuella och intrycket är att det är en försiktig start, som sannolikt inte uppfyller landstingsfullmäktiges intentioner vid beslutet 2007.

Det aktuella förslaget till landstingsfullmäktige är formulerat enligt följande. ”I syfte att öka mångfalden inom tandvården ska en modell för upphandling av områdesansvaret tas fram. Upphandlingen ska som ett första steg genomföras i några avgränsade områden inom länet.”³²

Sammantaget visar granskning dock att fullmäktiges beslut genomförs så långt, som det går att överblicka i dagsläget. Även om det beträffande det nämnda områdesansvaret sker väl försiktigt.

6.4.2 Familjetandläkare och geografiska områden

Barn i åldern 0-2 år får numera möjlighet att få akut tandvård även hos privata vårdgivare enligt beslut i HSN. Det ser de intervjuade privata

³² Protokoll HSN 2008-09-16, § 3 Budget 2009 och planering 2010-2011 (HSN 0804-0534)

vårdgivarna som naturligt, eftersom det är vanligt att man vill profilera sig som familjetandläkare. Beslutet som i omfattning och kostnader får förhållandevis små konsekvenser visar på ett par intressanta aspekter.

De privata vårdgivarna profilerar sig gärna som hela familjens tandläkare och de intervjuade säger, att de kallar sina barn och ungdomar varje år istället för enbart enligt de fastställda obligatoriska åldrarna (vartannat år). Eftersom ersättningen utgår med ett fast belopp per barn/ungdom kan man bortse från att det skulle vara av ekonomiska skäl.

Syftet är enligt intervjuerna att man inte vill riskera att tandhälsan försämras under en tvåårsperiod, att som familjetandläkare är det naturligt att undersöka hela familjen vid ett tillfälle och att det ger bättre möjligheter att påverka familjens kost- och munhygienvanor.

Tandvårdsenheten anser däremot inte, att alla barn och ungdomar behöver bli undersökta varje år av tandläkare. Man anser att en individuell riskbedömning ska göras (vilket gäller alla barn och ungdomar i länet oavsett vårdgivare) och den bedömningen ska ligga till grund för om ytterligare tandläkarundersökningar behöver göras än vid de obligatoriska åldrarna (vartannat år).

Tandvårdsenheten lägger också stor vikt vid att identifiera geografiska områden med stor risk för karies. Något som man har stöd för hos SBU.³³ Denna identifiering av riskområden anser man ska vara grundläggande för resursfördelningen.

6.5 Folktandvården håller sig inte helt neutral

De intervjuade företrädarna för Folktandvårdens allmäntandvård håller en neutral och saklig inställning till de fattade besluten. Man är van vid mångfald och konkurrens, vilket har förekommit inom allmäntandvården sedan överblickbar tid, när det gäller vuxna och sedan 1993 inom barn- och ungdomstandvården.

Däremot visar granskningen att ansvariga för den specialiserade barn- och ungdomstandvården inte är helt konkurrensneutrala. De privata vårdgivarna erbjuds inte samma möjligheter till konsultation och terapiplanering på plats i sina egna mottagningar, som Folktandvårdens allmäntandläkare får. Det gäller även privattandläkare som har ett stort antal barn och ungdomar. Det är naturligtvis mer alarmerande än för de privattandläkare, som enbart har ett fåtal barn och ungdomar.

Eftersom specialister inom barn- och ungdomstandvård endast finns i Folktandvårdens regi (förutom inom tandreglering och de som är verksamma vid Karolinska Institutet) är det särskilt viktigt, att vårdgivare med ansvar för barn och ungdomar får samma erbjudanden och möjligheter. Tandvårdsenheten borde också kunna ställa krav på Folktandvården i detta avseende och vara tydligare i sin roll som beställare.

³³ Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling, SBU, 2007

6.6 Kommer den nya styrmodellen att uppfylla kraven?

Den tredje revisionsfrågan om det finns förutsättningar för att den nya styrmodellen kan uppfylla kraven på ökad mångfald, konkurrensneutralitet, bättre tillgänglighet och ökat patientinflytande kan besvaras med att det genomförs förändringar som syftar till detta. Det grundläggande ersättningsystemet finns kvar i allmäntandvården samt modellen för tandreglering (ortodonti), medan styrningen inom den övriga specialisttandvården kommer att förändras i och med en auktorisationsmodell. Om auktorisationsmodellen kommer att leda till att tillgängligheten och patientinflytandet ökar är av naturliga skäl okänt i dagsläget, eftersom modellen ännu inte presenterats. I början av nästa år kommer det att ske.

Inom allmäntandvården är kraven på ökad tillgänglighet och patientinflytande redan väl tillgodosedda genom valfrihet och ett rikligt utbud av Folktandvårdsmottagningar och privata vårdgivare.