

Tand- och munhälsovården på Åland

En kartläggning av serviceutbudet

<i>Förord</i>	3
1. TANDVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR	4
Mun- och tandvården på Åland	4
Mun- och tandvården i riket	5
Mun- och tandvården i Sverige	7
Munhälsovården i Danmark	7
Munhälsovården i Norge	8
Munhälsovården i Storbritannien	8
Referenser	8
2. UTVECKLING OCH NULÄGE	10
Tand- och munhälsan på Åland jämfört med övriga Norden	10
Karies hos 12-åringar	10
Personal inom tandvården i Norden	11
Resurser inom tandvården på Åland	11
Resurser inom den offentliga tandvården	11
Resurser inom den privata tandvården	13
Samverkan mellan den offentliga och den privata tandvården	13
Brister och identifierade behov i den offentliga tandvården	14
Klagomål till patientombudsmannen över tandvården på Åland	14
Utvecklingen av tandhälsan hos befolkningen	15
Tandvårdspersonalens åldersstruktur, utbildning och rekrytering	15
Kostnadsutveckling	16
Kostnadsutvecklingen på Åland.....	16
Kostnadsutveckling och nyttjande av tjänster i riket och i Sverige	16
Ersättningar för tandvård från Folkpensionsantalten	17
Referenser	17
3. UTVÄRDERING OCH FRAMTIDSSTRATEGIER	19
Utvärdering av tandvårdsreformerna och framtida strategier för tandvården i riket och i Sverige	19
Finland	19
Sverige	20
Möjliga framtida strategier på Åland	22
Referenser	22

FÖRORD

Landskapsregeringen har i sitt handlingsprogram beslutat kartlägga tand- och munhälsovården i landskapet som underlag för kommande politiska beslut om verksamhetens inriktning och utveckling. 1.6.2010 tillsattes en tjänstemannaarbetsgrupp för uppgiften. Till medlemmar utsågs t.f. ledande tandläkare Nina Andersén-Gunell från ÅHS samt hälsovårdsinspektör Eivor Nikander och landskapsläkare Birger Ch Sandell från landskapsregeringen. Uppdraget bestod bl.a. av att utreda verksamhetens aktuella läge, tillgängliga personella, kompetensmässiga och materiella resurser i landskapet som helhet men med fokus på den offentliga sektorn samt förutsättningar/ motiv för att utveckla den offentliga tandvården och samarbetet mellan offentlig och privat sektor. I rapporten upptas också jämförande uppgifter rörande mun- och tandvården i riket och i andra länder.

Under arbetet hördes som sakkunniga distriktschef Hillevi Smeds, FPA, tandläkare Anna Carlsson som representant för den privata sektorn och patient- och klientombudsman Marina Karlsson. Minister Katrin Sjögren har deltagit i flera av gruppens möten.

Hälsovårdsinspektör Eivor Nikander har fungerat som gruppens sekreterare och har insamlat merparten av faktamaterialet. T.f. ledande tandläkare Nina Andersén-Gunell har genom sin specialkunskap tillfört arbetet värdefulla synpunkter och centrala statistiska uppgifter.

Med tack för ett konstruktivt samarbete

Mariehamn i oktober 2010

Landskapsläkare

Birger Ch Sandell

1. TANDVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR

Mun- och tandvården på Åland

Enligt Landskapslag om hälso- och sjukvården (ÅFS 1993:60) svarar landskapet Åland för att befolkningen i landskapet erhåller hälso- och sjukvård. Landskapet ska årligen anta en plan för hälso- och sjukvården i landskapet. I lagen sägs också att den hälso- och sjukvård som landskapet svarar för tillhandahålls av en hälso- och sjukvårdsmyndighet, Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS).

I planen för ÅHS 2010 sägs att tandvårdsenheten bedriver barn- och ungdomstandvård, tandvård till patientgrupper prioriterade av medicinska och sociala skäl samt till ÅHS ordinarie personal. Jourtandvård för hela befolkningen samt turister upprätthålls under årets alla dagar, ett visst antal timmar per dag. Därutöver bedrivs narkostandvård i centralsjukhusets utrymmen. Tandvården ingår inte i ÅHS högkostnadsskydd.

Verksamhetsmål för tandvårdsenheten år 2010

- att förhindra en försämring av barns och ungas tandhälsa. Utvecklingen följs upp med DMFT-index¹.
- att tillsätta befintliga tjänster inom tandvårdsenheten.
- att samtliga inom personalen erbjuds möjlighet till åtminstone 1-2 utbildningstillfällen.

På Åland kallas förstagångföräldrars barn till profylaxtandskötare vid 6 månaders ålder. Samtliga barn kallas till tandrådgivning vid 2 års ålder på rådgivningsmottagningarna. Vid 3 år görs första besöket på tandvårdsmottagningen till profylaxtandskötare. Vid 4 år kommer barnet till tandläkare första gången, då bedöms undersökningsintervallet. En del av barnen kallas vid 5 års ålder till profylaxtandskötare eller tandläkare. Vid 6 års ålder kommer barnet till tandläkare för undersökning och då bedöms om barnet ska undersökas med ett eller två års intervall. I grundskolan och gymnasieskolorna undersöks eleverna varje/vartannat år, enligt bedömning av det individuella behovet. Kariesriskpatienter kallas oftare och bokas även in till munhygienist/profylax-tandskötare för instruktion i oral hygien och information om kostvanor.

Tandvården vid ÅHS är avgiftsfri för personer under 19 år. För frontveteraner gäller samma förmåner som i riket. Besöksavgiften är 9 euro och utöver den debiteras särskilda avgifter för undersökningar och behandlingar. Åtgärdstaxorna baserar sig på tidsåtgång och svårighetsgrad (skala 0-12). Den lägsta avgiften är 8 euro och den högsta 54 euro. De protetiska åtgärdstaxorna är 27-130 euro och avgifterna för röntgenundersökningar 7-38 euro. Befogad tandvård på basen av läkarremiss för patienter inskrivna i långvarig institutionsvård vid ÅHS är avgiftsfri. För uteblivet besök debiteras patienten 30 euro (även personer under 19 år).

Tandvården för den vuxna befolkningen ges till största delen inom den privata sektorn.

¹ DMFT-idex står för Decayed (karierad), Missing (utdragen), Filled (fylld), Teeth (tand).

Ersättning från Folkpensionsanstalten (FPA) för tandvård hos privata tandläkare och munhygienister ges enligt samma principer som i riket.

Sjukförsäkringen ersätter en del av kostnaderna för besök hos privat tandläkare och fr.o.m. 1.1. 2010 ersätter FPA också vård och behandling hos självständigt yrkesutövande munhygienist då vården eller behandlingen har ordinerats av privattandläkare. För munhygienister gäller en egen ersättningstaxa. FPA ersätter också uppsökande tandvård i andra EU-länder förutsatt att avgifterna går att jämföra med avgifterna i Finland. Turister från annat EU-land som fått akut tandvård i Finland kan ansöka om ersättning från FPA eller från socialförsäkringssystemet i hemlandet. FPA ersätter också resor som ansluter sig till den ersättningsgilla tandvården.

FPA ersätter inte:

- avgifter för kommunal tandvård
- kostnader för protetiska åtgärder, lösgommar/avtagbara proteser eller protesreparationer, tandkronor, -broar eller -implantat
- kostnader för tandtekniskt arbete
- kostnader för tandreglering (endast i undantagsfall)
- tandvårdskostnader för tid då patienten vårdats på offentligt sjukhus eller på offentlig anstalt

Ersättning för privata tandläkararvoden är 60 procent av FPA:s fastställda taxa. I praktiken betyder det att 37 procent av de faktiska kostnaderna ersätts. Ersättningen grundar sig alltså inte på privattandläkarens arvode.

Tandvården ingår inte i landskapsregeringens beslut om vårdgaranti.

På Åland kan man dra av tandvårdskostnaderna i kommunalbeskattningen, vilket inte är möjligt i riket.

Mun- och tandvården i riket

Enligt 14 § i folkhälsolagen (FFS 66/1992) ska kommunerna tillhandahålla mun- och tandvård, till vilken hänförs främjande av befolkningens munhälsa samt undersökning, förebyggande och behandling av munsjukdomar hos kommunens invånare. I statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (FFS 380/2009) sägs att den myndighet som ansvarar för folkhälsoarbetet i kommunen ska godkänna enhetliga handlingsprogram för bl.a. den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga. I § 10, Återkommande undersökningar av munnen nämns följande åligganden för kommunen:

- 1) att för en familj som väntar sitt första barn ordna minst en bedömning av munhälsan och behovet av vård,
- 2) att för barn under skolåldern ordna en undersökning av munnen när barnet är 1 eller 2 år, när barnet är 3 eller 4 år och när barnet är 5 eller 6 år
- 3) att för elever ordna en undersökning i årskurs ett, i årskurs fem och i årskurs åtta,
- 4) att för studerande minst en gång under studietiden ordna en undersökning av munnen, i vilken behovet av munhygienisk rådgivning och munhygieniska tjänster utreds.

Den s.k. vårdgarantin, som trädde i kraft den 1 mars 2005 (FFS 855/2004) gäller i riket även munhälsovården. Patienten ska omedelbart få kontakt med hälsovårdscentralen också i fråga om munhälsovård. Behovet av mun- och tandvård kan ofta bedömas redan vid den första kontakten. En tandskötare gör vanligtvis den första bedömningen av vårdbehovet genom att utreda orsaken till att patienten tagit kontakt, symtomen och hur svåra symtomen är samt hur brådskande behovet av vård är. Tandskötaren hänvisar därefter patienten antingen till en tandläkare eller en munhygienist. Tandskötaren kan också vid behov ge vårdanvisningar per telefon. Munhygienisterna utför också mun- och tandhälsokontroller. Bedömningen av vårdbehovet samt de vårdanvisningar som givits ska antecknas i journalhandlingarna.

Inom mun- och tandvården har som anvisning för bedömning av vårdbehovet gjorts upp ett schema för arbetsfördelning och en klassificering av hur brådskande fallet är.

Vård som konstateras vara odontologiskt nödvändig ska ordnas inom rimlig tid, dock senast inom sex månader. Tandläkaren avgör på basis av en undersökning vilken vård patienten behöver och diskuterar olika alternativ med patienten. Patienten har inte obegränsad rätt att få vilken vård som helst som han eller hon önskar, utan behovet av vård bedöms av en tandläkare. Patienten får mun- och tandvård enligt en individuell vårdplan. Vårdintervallen kan vara längre än ett år. Brådskande vård ordnas omedelbart.

Om vård inte kan ges inom utsatt tid ska kommunen eller samkommunen ge patienten möjlighet att få vårdtjänsterna av andra serviceproducenter, till exempel inom privata sektorn. Patientens självriskandel får då inte ändras. Patienten får inte själv välja vårdplats, utan den enhet som ansvarar för tjänsterna bör förutse att vården inte kan ges inom stipulerad tid och ansvarar då för att ersättande tjänster tillhandahålls.

Enhetliga vårdrekommendationer har gjorts upp för munhälsovården. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid den förebyggande vården.

Avgifter för kommunal tandvård:

Tandvården på hälsovårdscentraler är avgiftsfri för barn och unga under 18 år. Av frontveteraner tas ingen avgift för undersökning, profylaktisk behandling och kliniskt arbete som hör till protektik. Övriga åtgärder debiteras enligt vanlig taxa. Besökstaxa tas ut om besöket innefattar andra åtgärder än avgiftsfria åtgärder.

Grundavgiften per besök för tandvård på hälsovårdscentral är år 2010-2011

- högst 7,50 euro när vården ges av en munhygienist
- högst 9,60 euro när vården ges av en tandläkare
- högst 13,90 euro när vården ges av en specialisttandläkare

Utöver grundavgiften debiteras separata avgifter för behandlingar och undersökningar. Avgifterna varierar mellan 6,20 euro (till exempel grundundersökning av tänder) till över 100 euro (proteser). Den som fyllt 15 år debiteras en avgift om han eller hon inte kommer till mottagningen eller inte avbokar sin tid. Utöver avgifterna för vård och undersökningar kan de tandtekniska utgifterna för regleringsapparater och protetik behandling samt utgifterna för specialmaterial uppbäras.

Ersättning från FPA för tandvård sker enligt samma principer som gäller på Åland, se ovan.

Mun- och tandvården i Sverige

I Sverige ansvarar landstingen för befolkningens offentliga munhälsovård. Tandvård produceras både inom den offentliga sektorn (folktandvård) och av privata serviceproducenter. Tandvården för barn och unga sköts till största delen av den offentliga sektorn medan den privata sektorn svarar för merparten av tandvården för vuxna. Alla barn och ungdomar mellan 3 och 19 år erbjuds avgiftsfritt besök till tandläkare minst vartannat år, vid behov oftare. Tandläkaren avgör hur ofta barnet behöver undersökas.

Lagen om statligt tandvårdsstöd trädde i kraft den 1 juli 2008. Tandvårdsstödet omfattar hela befolkningen från det år de fyller 20 år och består av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. Det allmänna tandvårdsbidraget utgör 150 kronor per år för alla i åldern 30-74 år och 300 kronor per år för alla i åldern 20-29 år samt 75 år och äldre. Bidraget kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos tandläkare eller tandhygienist eller som en delbetalning för abonnemangstandvård². Denna del syftar till att uppmuntra förebyggande vård och regelbunden kontakt med tandvården. Det allmänna tandvårdsbidraget är tänkt att minska de akuta besöken till förmån för förebyggande tandvård som rutinundersökning och tandhygienistbehandlingar.

Som skydd mot höga kostnader får patienten en ersättning som är baserad på referenspriser, som anger vilken prisnivå Försäkringskassan skall grunda sin ersättning på. Prissättningen i tandvården är dock fri. Patienten själv betalar kostnader upp till 3 000 kronor och om de överstiger 3 000 kronor men är under 15 000 kronor betalar patienten 50 procent. När kostnaden går över 15 000 kronor betalar patienten 15 procent. Om tandläkaren eller tandhygienisten tar ut ett högre pris än referenspriset betalar Försäkringskassan ändå bara ut den ersättning som motsvarar referenspriset. Patienten betalar mellanskillnaden. Reformen fördubblade statens kostnader för tandvård från tre miljarder kronor till sex miljarder kronor.

För att stärka patienternas ställning och inflytande har man inrättat en prisjämförelsetjänst hos Försäkringskassan, där vårdgivare ska redovisa sina priser för olika åtgärder. Avsikten med prisjämförelsetjänsten är att patienterna på ett enkelt sätt ska kunna jämföra priser hos olika vårdgivare.

Munhälsovården i Danmark

Kommunerna ansvarar för den allmänna tandvården. Tjänsterna utförs antingen som egna tjänster inom den offentliga sektorn eller som privata tandläkartjänster genom avtal med kommunen. Barn, unga och vissa specialgrupper har rätt till avgiftsfri kommunal tandvård medan sjukförsäkringen täcker en del av tandvården för vuxna. Patienten betalar själv ca 40-60 procent av kostnaderna (RP 90/2010).

² Abonnemangstandvård innebär att ett avtal tecknas mellan vårdgivare och patient. Patienten får vård under en viss tid, till ett visst pris, ofta angivet som ett pris per månad. Priset varierar för olika patienter och grundar sig på det tandvårdsbehov som vårdgivaren bedömer att den enskilde patienten har (riskbedömning).

Munhälsovården i Norge

Fylkeskommunerna på det regionala planet ansvarar för den offentliga munhälsovården. Rätt till offentlig munhälsovård har barn, unga och vissa specialgrupper, exempelvis långtidssjuka och personer som bor på institutioner. Merparten av den vuxna befolkningens munhälsovård sker inom den privata sektorn på patientens egen bekostnad. För vissa åtgärder ersätts kostnaderna från sjukförsäkringen. Ungefär tre fjärdedelar av de norska tandläkarna arbetar inom den privata sektorn. Fylkeskommunerna kan upphandla tjänster för den offentliga munhälsovården från privata serviceproducenter (RP 90/2010).

Munhälsovården i Storbritannien

Den offentliga tandvården är organiserad via självständiga tandläkare som ingår kontrakt med de lokala hälsomyndigheterna. Alla åtgärder har ett fast pris. Vuxna betalar själva 80 procent av vårdkostnaderna, för barn är vården gratis. Maxbeloppet är ca 544 euro om året (RP 90/2010).

Referenser

Folkhälsolag FFS 66/1972

Folkpensionsanstalten. www.kela.fi Tandvård.

Institutet för hälsa och välfärd. Munhälsovården på hälsovårdscentralerna 2002-2008. Helsingfors. Statistikrapport 17/2009.

Kommunförbundet. www.kommunerna.net Vårdens tillgänglighet 21.11.2007.

Kommunförbundet. www.kommunerna.net Lagarna om vårdgaranti trädde i kraft 1.3.2005.

Lag om ändring av folkhälsolagen. FFS 855/2004.

Landskapslag om hälso- och sjukvården. ÅFS 1993:60.

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. RP 90/2010.

Social- och hälsovårdsministeriet. Patienten skall få vård inom utsatt tid. Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2004:13. Helsingfors 2004.

Social- och hälsovårdsministeriet. Mun- och tandvård. Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2008:8. Helsingfors 2008.

Social- och hälsovårdsministeriet. www.stm.fi Avgifter för kommunal tandvård 19.01.2010.

Social- och hälsovårdsministeriet. www.stm.fi Mun- och tandhälsa 24.09.2009.

Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. Stockholm 2010.

Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm 2009.

Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. FFS 380/2009.

Ålands hälso- och sjukvård. Plan för hälso- och sjukvården 2010.

Ålands hälso- och sjukvård. Avgiftsstadga för år 2010.

2. UTVECKLING OCH NULÄGE

Tand- och munhälsan på Åland jämfört med övriga Norden

Karies hos 12-åringar

Uppgifter om förekomst och utbredning av karies registreras som ett index, DMFT. Enligt Världshälsoorganisationens tandhälsomål för Europa ska DMFT för 12-åringar vara högst 1,5 år 2020, ett mål som redan uppnåtts i Finland, Sverige, Danmark och på Åland. Enligt WHO:s databas "Hälsa för alla" var de senaste rapporterade uppgifterna om DMFT för 12-åringar följande:

Finland (år 2003)	1,2
Sverige (år 2008)	0,9
Norge (år 2006)	1,6
Danmark (år 2009)	0,6
Åland (år 2009)	0,8 (uppgift från ÅHS verksamhetsberättelse)

Tabell 1. DMFT-index för 12-åringar på Åland under åren 1982 samt 1988-2009:

År	DMFT-index	År	DMFT-index	År	DMFT-index
1982	4,2	1995	1,0	2003	0,8
1988	2,4	1996	1,2	2004	1,0
1989	2,5	1997	1,2	2005	1,0
1990	2,4	1998	1,0	2006	0,9
1991	1,8	1999	0,8	2007	1,1
1992	1,7	2000	0,8	2008	0,8
1993	1,5	2001	0,8	2009	0,8
1994	1,3	2002	0,7		

Källa: ÅHS

Tandhälsan bland 12-åringar på Åland har förbättrats kraftigt sen 1980-talet (tabell 1). År 1982 var DMFT 4,2, år 1990 2,4 och år 1995 1,0. Medeltalet för DMFT för de senaste sex åren är ca 0,9, vilken måste anses som mycket bra och ett mått på att den förebyggande tandvården för barn i landskapet är god.

Även i Finland och Sverige har motsvarande förbättring skett. År 1980 var indexet i Finland 7,5 och år 1990 hade det sjunkit till 2,0. Efter 1991 har det hållit sig konstant på nivån 1,1 - 1,2. I Sverige var DMFT år 1977 6,3, år 1985 var det 3,2 och år 1990 uppgick det till 2,0. Efter 1997 har det varit 0,9-1,1.

Personal inom tandvården i Norden

Tabell 2. Personal inom tandvården i de nordiska länderna 2007

Land	Antal tandläkare per 100 000 invånare	Antal munhygienister per 100 000 invånare	Antal tandskötare per 100 000 invånare
Danmark	85	25	80
Färöarna	83	-	91
Grönland	49	-	131
Finland*	45	74	Information inte tillgänglig
Åland	96	37	104
Island	94	6	94
Norge	87	18	71
Sverige	83	36	-

Källa: Nomesko 2009

* siffrorna för Finland gäller endast den offentliga sektorn. Både tandskötare och munhygienister ingår i uppgiften om antal munhygienister.

Ur ett nordiskt perspektiv hade Åland tillsammans med Island det största antalet tandläkare per 100 000 invånare år 2007. Observeras bör att i uppgifterna för Finland ingår enbart anställda i den offentliga sektorn varför de inte är jämförbara med övriga nordiska länder och självstyrda områden.

Resurser inom tandvården på Åland

Resurser inom den offentliga tandvården

Personal:

Tandläkare

8 tjänster, varav 6 allmäntandläkare, 1 ledande tandläkare och 1 specialisttandläkare (tandreglering)

Munhygienister

2 tjänster, varav 1 för närvarande vakant, kommer att tillsättas i april 2011, till en början 21 t/v.

Tandskötare

9 tjänster

Mottagningsbiträde

1 tjänst

Receptionist

1 tjänst

När ÅHS bildades, år 1994, minskade personalen vid tandvården från 22 till 20 personer eftersom man beslöt att inte inrätta de vakanta tjänsterna på den ambulerande tandkliniken (en tandläkare och en tandskötare). Efter 1994 har en tjänst inrättats, en munhygienist år 1998.

Utrymmen:

Vid tandvårdsmottagningen i Mariehamn finns sex rum för allmäntandläkare, ett rum för specialisttandläkare, två rum för munhygienister samt ett rum för profylaxtandskötare. I Godby finns två behandlingsrum för tandläkare/munhygienist. Tandläkarmottagningen i Jomala kommer att stänga och verksamheten flyttas till mottagningen i Mariehamn.

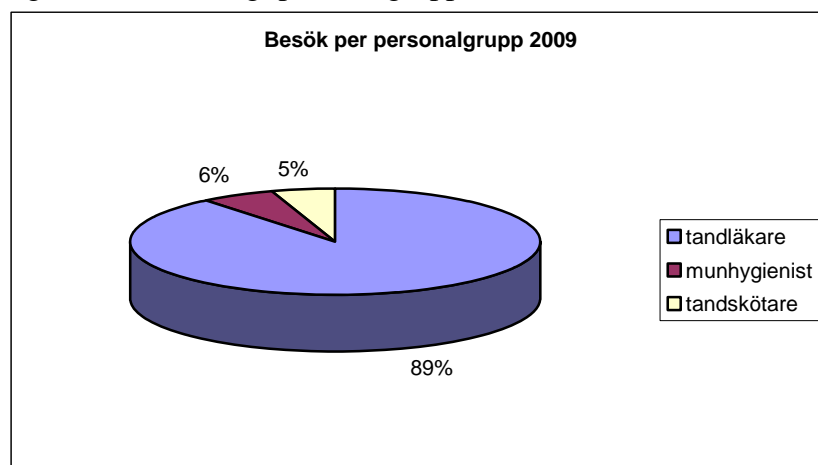
Besöksstatistik

Tabell 3. Tandvårdens besöksstatistik 2005 och 2009

	2005	2009
Antal besök per personalgrupp	17 863	16 192
Tandläkare	15 787	14 427
Munhygienist	1 776	960
Tandskötare	300	805
Antal uteblivna besök	529	1 672
Antal besök enligt hemort		
Åländska kommuner	17 595	16 005
Övr. Finland	143	102
Utomlands	125	85
Antal besök per åldersgrupp		
0-5 år	1 168	1 183
6-17 år	7 843	7 540
18-45 år	4 840	4 234
46-64 år	2 643	2 119
65-75 år	741	575
76 år och äldre	628	541
Antal patienter per åldersgrupp	8 060	7 629
Kostnadsfri tandvård 0-18 (2005= 0-17) år	4 248	4 263
Avgiftsbelagd tandvård 19 år och äldre (2005= 18 år och äldre)	3 812	3 366
Antal patienter enligt hemort		
Åländska kommuner	7 854	7 478
Övr. Finland	113	78
Utomlands	93	73
Antal besök per patient	2,2	2,1
Antal besök av ålänningar per invånare	0,7	0,58

Källa: ÅHS verksamhetsberättelse 2005 och 2009

Figur 1. Besök enligt personalgrupp 2009



Källa: ÅHS verksamhetsberättelse 2009

Tabell 4. Antal patienter i prioriterade målgrupper inom tandvården 2005 och 2009

	2005	2009
Akuttandvård till utomstående patienter	1 246	864
Åländska hemmastuderande >= 17 år	474	649
Åländska bortastuderande >= 17 år	220	149
Gravida	110	102
Insulindiabetiker (typ 1)	110	97
Patienter med reuma/reumarelaterade sjukdomar	96	110
Patienter strålbehandlade i käk- halsregionen	13	14
Rullstolsbundna	37	36
Frontveteraner	57	33
Psykiskt utvecklingshämjade	92	93
Flyktingar	14	3
Patienter i kö till hjärt- endoprosop. el. transplant.	6	8
Patienter på Gullåsen	10	21
Patienter med betalningsförbindelse från soc.nämnd	40	41
Cancerpatienter under cytostatikabehandling	10	7
Patienter med remiss från läkare	39	98
Patienter med risk för blodsmitta (Hiv, hepatit)	7	16
ÅHS-personal	293	274
Totalt	2 874	2 621

Källa: ÅHS verksamhetsberättelse 2005 och 2009

Resurser inom den privata tandvården

Personal

Tandläkare:

17 tandläkare, en tandläkare deltid samt en tandkirurg deltid

Munhygienister:

6 munhygienister

Tandskötare:

17 tandskötare

Tandtekniker:

4 tandlaboratorier finns registrerade inom den privata hälso- och sjukvården.

Utrymmen

Vid en tandläkarmottagning arbetar 6 tandläkare och en specialist, i övrigt finns det några mottagningar med två tandläkare som delar på ett mottagningsutrymme. Övriga tandläkare har egen mottagning.

Besöksstatistik 2009

År 2009 gjordes 24 002 besök till privata tandläkare, 836 besök till privat tandkirurg och 6 764 besök till privata munhygienister. Sammanlagda antalet patienter till privata tandläkare och munhygienister var 13 745. Antalet patienter till privat tandkirurg var 574.

Samverkan mellan den offentliga och den privata tandvården.

Samverkan finns i dag främst när det gäller utbildningsfrågor och tandkirurgi. ÅHS remitterar patienter i behov av tandkirurgi till en privat tandkirurg som regelbundet har mottagning på Åland. År 2009 remitterades 163 patienter från ÅHS tandvård till oralkirurg och 8 patienter till Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS) p.g.a. munsjukdomar. Dessutom har ÅHS köpt munhygienisttjänster av privata

munhygienister. Narkostandvård för privata patienter ges vid ÅHS. Endast ÅHS har jourverksamhet och patienter som uppsökt tandvårdsjouren och som inte hör till de prioriterade grupperna, rekommenderas vända sig till privat tandläkare om ytterligare vård behövs. Det är lättare att få tid till privat tandläkare i dag jämfört med för några år sedan, eftersom antalet tandläkare har ökat.

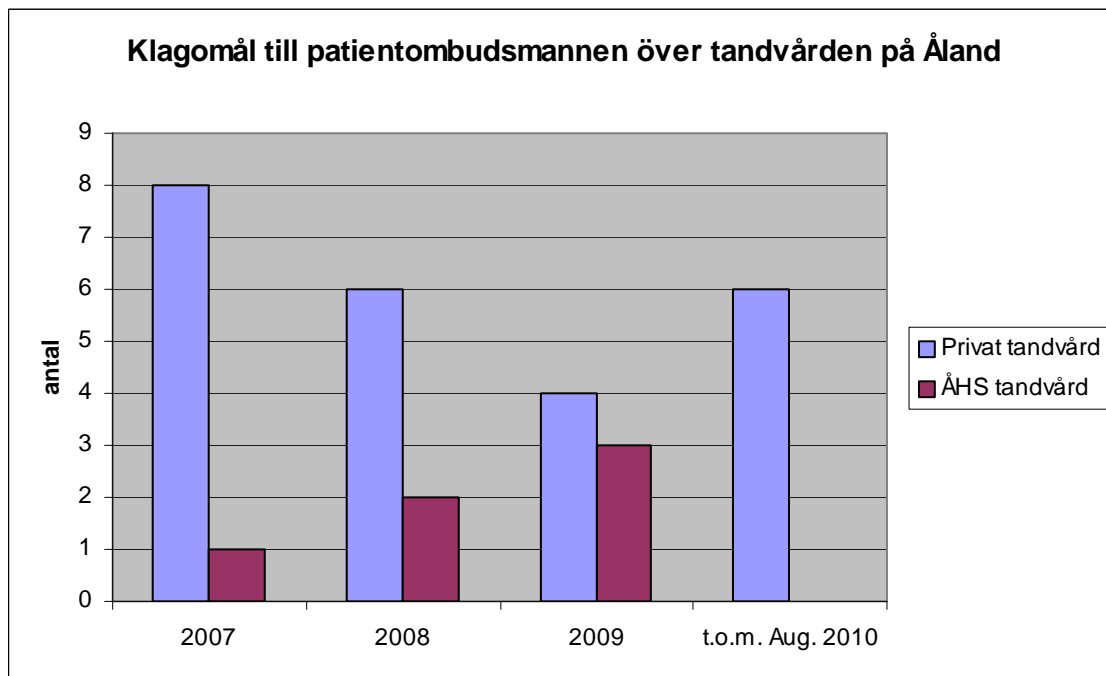
Brister och identifierade behov i den offentliga tandvården

Den största bristen i nuvarande verksamhet är att den inte är dimensionerad för att fylla hela befolkningens behov. Men även andra brister kan identifieras. Trots att alla tjänster är besatta är systemet sårbart inom den offentliga tandvården. Om en tandläkare t.ex. blir sjukskriven är det ingen som kan ta över patienterna. Ibland framskjuts undersökningarna så att elever som borde stå i tur för tandläkarbesök kallas följande termin. Behov för utökade insatser av munhygienist finns vid Gullåsen och på institutionerna (De Gamlas Hem, Sunnanberg och Trobergshemmet) och när båda munhygienisttjänsterna inom ÅHS är besatta kommer utökade resurser att kunna ges till äldreården.

Klagomål till patientombudsmannen över tandvården på Åland

De flesta klagomålen över tandvård som inkommit till patientombudsmannen har gällt den privata tandvården (figur 2). Fr.o.m. januari 2007 t.o.m. augusti 2010 har det inkommit sammanlagt 24 klagomål över den privata tandvården och 6 klagomål över tandvården inom ÅHS.

Figur 2. Klagomål till patientombudsmannen



Källa: Patientombudsmannen 2010

De flesta kontakterna till patientombudsmannen angående tandvården har gällt missnöje med vård och behandling. I ett par fall har missnöjet gällt svårighet att få journalkopior.

Utvecklingen av tandhälsan hos befolkningen

På Åland har man inte gjort någon vetenskaplig undersökning om tandhälsan hos hela befolkningen, men man kan anta att utvecklingen är likartad med den i riket och i Sverige.

I Finland har man inom ramen för Hälsa 2000-undersökningen utrett munhälsan i tre olika delmaterial, dels genom hälsointervjuer och frågeformulär men även i form av klinisk undersökning. Av den vuxna befolkningen under 65 år konstaterades 6 procent vara helt tandlösa, vilket är en stor förbättring jämfört med en undersökning på 1980-talet då 21 procent av 35-49-åringarna och 42 procent av 50-64-åringarna var helt tandlösa. Bland pensionärerna var andelen tandlösa på 1980-talet 67 procent jämfört med 44 procent i dag. 69 procent av den vuxna befolkningen och 78 procent av dem som hade egna tänder hade besökt tandläkare under de två senaste åren. 64 procent uppskattade sin mun- och tandhälsa som god, 23 procent ansåg att den var medelmåttig och 12 procent ganska dålig eller dålig. De socioekonomiska skillnaderna i munhälsa bland vuxna var fortfarande stora. Det starkaste sambandet var med utbildning, munhälsan var mycket sämre hos personer med kort utbildning än hos dem med lång utbildning.

I Sverige har Folkhälsoinstitutet i sin återkommande folkhälsoenkät ställt frågor om upplevd tandhälsa, tuggförmåga och tandlöshet. Andelen personer som är helt tandlösa har minskat kraftigt i Sverige, år 1965 var drygt 23 procent av befolkningen helt tandlös och 2007 var mindre än 3 procent helt tandlösa. Tandhälsan är sämre i ekonomiskt utsatta grupper och hos utlandsfödda. I Socialstyrelsens enkätundersökning 2009 uppger 11 procent att deras tandhälsa är mycket eller ganska dålig. År 2006 uppgav 14 procent av männen och 10 procent av kvinnorna att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa. Sämst tandhälsa bland personer födda utanför Sverige har personer födda utanför Europa, där endast 35 procent uppger att de har mycket god eller ganska god tandhälsa. Ensamstående med hemmavarande barn, låginkomsttagare, lågutbildade, pensionärer, långtidssjukskrivna och arbetssökande har alla sämre tandhälsa än den övriga befolkningen. Sämst tandhälsa har gruppen långtidssjukskrivna där endast 30 procent uppger att den är mycket god eller ganska god.

Tandvårdspersonalens åldersstruktur, utbildning och rekrytering

Medelåldern för de åländska tandläkarna är ca 51 år (50,8 år inom offentliga tandvården och 50,6 inom den privata). Inom den offentliga tandvården är 4 av 8 tandläkare 58 år och äldre och inom den privata tandvården 7 av 17 tandläkare 59 år och äldre, vilket innebär stora pensionsavgångar inom en nära framtid. Utgående från detta kan man konstatera att rekrytering av tandvårdspersonal till den offentliga sektorn kommer att bli en stor utmaning i framtiden.

Enligt ÅSUB studerar för närvarande sju ålänningar till tandläkare och två till mun/tandhygienist, samtliga i Sverige. Veterligen studerar ingen ålänning för närvarande till tandtekniker.

Kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen på Åland

Tabell 5. Kostnadsutveckling för tandvårdsenheten vid ÅHS 2005-2010

	Budget 2005	Bokslut 2005	Budget 2006	Bokslut 2006	Budget 2007	Bokslut 2007	Budget 2008	Bokslut 2008
Intäkter	404 200	391 358	397 700	349 109	388 000	296 769	350 000	354 331
Kostnader	1 573 925	1 444 387	1 512 900	1 341 494	1 553 000	1 333 347	1 561 000	1 566 473
Nettokostnader	1 169 725	1 053 029	1 115 200	979 012	1 165 000	1 036 578	1 211 000	1 212 142

	Budget 2009	Bokslut 2009	Budget 2010
Intäkter	335 000	394 802	363 000
Kostnader	1 569 000	1 499 076	1 642 000
Nettokostnader	1 234 000	1 104 273	1 279 000

Källa: ÅHS verksamhetsberättelser 2005-2009 samt verksamhetsplan 2010.

Av de totala intäkterna i bokslutet för år 2009 utgjorde klientavgifterna 317 863 euro.

Tandvårdens andel av ÅHS totala kostnader för år 2009 var 2,2 procent. År 1999 och år 2005 var andelen 2 procent.

Den totala kostnaden för ÅHS beräknas för en tandläkare vara 70 000 - 80 000 euro/år, för en munhygienist 45 000 euro/år och för en tandskötare 37 000 euro/år. Intäkterna för ett tandläkar-tandskötarteam som skulle ta emot enbart betalande patienter är svårt att uppskatta, men det kan röra sig om ca 80 000 - 100 000 euro/år. Då är övriga kostnader såsom konsumtionskostnader, löpande driftskostnader, inventarier och anskaffningar inte beaktade.

Både i de svenska och i de finländska undersökningarna konstaterar man att minskningen av antalet tandlösa leder till bättre livskvalitet. Men det man kallar "tandvårdsparadoxen" innebär också att en god förebyggande vård medför att behovet av tandvård kommer att öka över tid eftersom allt fler äldre nu har kvarvarande tänder som behöver skötas samtidigt som andelen äldre i befolkningen ökar.

Kostnadsutveckling och nyttjande av tjänster i riket och i Sverige

Enligt rapporten "Munhälsovården på hälsovårdscentralerna 2002-2008" utgiven av Institutet för hälsa och välfärd (THL) 2009, nyttjade cirka 1,9 miljoner finländare hälsovårdscentralernas munhälsovård år 2008. Sammanlagt registrerades cirka 5 miljoner munhälsovårdsbesök. Enligt FPA:s statistik över sjukvårdsersättningar nyttjades privata tandläkartjänster 2,9 miljoner gånger av cirka en miljon finländare år 2008.

Av hälsovårdscentralernas munhälsovårdsbesök år 2008 var 3 897 444 besök till tandläkare, 951 696 till munhygienist och 181 621 till tandskötare, vilket är en minskning av antalet besök till tandläkare med 0,5 procent och en ökning av antalet besök till munhygienist med 4,3 procent och till tandskötare med 4,4 procent jämfört med år 2007. Åren 2002-2008 minskade antalet besök inom den offentliga munhälsovården med 13 procent bland 0-17-åringarna. Däremot ökade antalet besök bland dem som fyllt 56 år med över 50 procent under rapporteringsperioden.

I Finland steg den totala kostnaden för tandvården med 23 procent från år 2000 till år 2005. För att förverkliga tandvårdreformen ökade staten kommunernas statsandelar med 10,3 miljoner euro årligen under åren 2001-2003 och ersättningarna från sjukförsäkringen ökade. Tandvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna var 5,9 procent eller 866,5 miljoner euro år 2007. År 2000 betalade patienten själv 20 procent av kostnaderna för tandvård vid hälsocentral jämfört med 22 procent år 2005. Inom den privata sektorn hade patientens andel av kostnaderna sjunkit från 85 procent år 2000 till 77 procent år 2005.

I Sverige har regeringen beräknat att tandvårdsstödet kommer att uppgå till 5,9 miljarder kronor per år utifrån 2006 års prisläge. Kostnaderna för det tidigare statliga tandvårdsstödet uppgick till cirka 3,1 miljarder kronor år 2004.

Ersättningar för tandvård från Folkpensionsanstalten

År 2009 erhöll 36,3 procent (10 056 personer) av den åländska befolkningen ersättning för besök till privata tandläkare från FPA. Medeltalet för hela landet var 19,6 procent. I riket var högsta andelen som fick ersättning från FPA bosatta i Egentliga Finland, 23,5 procent och lägsta andelen i Mellersta Österbotten, 10,5 procent. Antalet besök, med ersättning från FPA, per 100 invånare på Åland var 90 jämfört med 53 för hela landet. Kostnaderna för den privata tandvården på Åland var 3 421 200 euro och ersättningarna från FPA uppgick till 38,2 procent eller 1 308 500 euro. Kvinnornas andel av besöken till privat tandläkare var 54,2 procent på Åland jämfört med 55,3 procent för hela landet.

En av orsakerna till den högre ersättningsprocenten för den åländska befolkningen är att, till skillnad från riket, tandvården inte ingår i den åländska vårdgarantin vilket leder till en större andel besök till privata tandläkare.

Referenser

Folkpensionsanstalten. FPA-statistik. Sjukförsäkring 2009. Helsingfors 2010.

NOMESCO. Health Statistics in the Nordic Countries 2007. Köpenhamn 2009.

Patientombudsmannen vid Ålands landskapsregering. Statistik över klagomål 2007 - augusti 2010.

Saukkonen, S., Vuorio, S. Munhälsovården på hälsovårdscentralerna 2002-2008. Institutet för hälsa och välfärd 17/2009. Helsingfors 2009.

Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vekalahti, M., Aromaa, A. eds. Oral health in the finnish adult population. Health 2000 Survey. Folkhälsoinstitutets publikation B 25/2008. Helsingfors 2008.

Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm 2009.

Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm 2009.

Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. Stockholm 2010.

WHO European HFA Databas www.euro.who

Ålands hälso- och sjukvård. Verksamhetsberättelser för åren 2005-2009.

Ålands hälso- och sjukvård. Plan för hälso- och sjukvården 2010.

3. UTVÄRDERING OCH FRAMTIDSSTRATEGIER

Utvärdering av tandvårdsreformerna och framtida strategier för tandvården i riket och i Sverige

Finland

Målet för tandvårdsreformen i Finland var att förbättra tandvårdens tillgänglighet, bidra till jämlik och rättvis tillgång till tjänster samt att minska vårdkostnadernas betydelse som ett hinder för att söka vård. Målet var också att tandvården skulle få samma ställning som övrig vård, så att tjänsterna skulle ges enligt behov av vård och inte enligt åldersgrupp.

En av de största förändringarna för personalen har varit den förändring av verksamhetspraxis och arbetsfördelning som ägt rum inom hälsovårdscentralerna. En del av de uppgifter som av tradition hört till tandläkaren har överförts till munhygienister och tandskötare. Speciellt berör detta kontrollerna av barns och ungdomars mun- och tandhälsa. Genom att utveckla arbetsfördelningen vill man uppnå en situation där tandläkarna använder merparten av sin arbetstid till behandling av vuxna. Också vuxnas besök hos munhygienisterna har ökat.

När man har utvärderat de hälsopolitiska mål som uppställdes i samband med tandvårdsreformen kan man konstatera att:

- Målsättningen att förbättra tandvårdens tillgänglighet har uppnåtts till en del, men att det fortfarande är långa köer till stora hälsovårdscentraler
- Målsättningen om mera jämlik och rättvis tillgång till tjänster har i teorin uppnåtts när det gäller alla, men i praktiken har speciellt medelinkomsttagarnas situation förbättrats. Jämlikheten förbättrades speciellt genom att åldersgränserna för vård slopades. Fokus är fortfarande klart på den unga befolkningens vårdbehov.
- Målsättningen att minska kostnaderna (som ett hinder för att söka vård) har uppnåtts genom att samhällets del av kostnaderna ökat. Reformen minskade i huvudsak höginkomsttagarnas kostnader.
- Målsättningen att tandvård ska erhållas på samma villkor som övrig vård har uppnåtts genom att hälsovårdscentralernas tandvård har närmat sig den offentliga hälso- och sjukvårdens verksamhetsformer (vårdgarantin).

Enligt utvärderingen har det skett förändringar i rätt riktning inom tandvården i Finland, men de har skett i långsam takt sen början av 2000-talet då förändringar gjordes i folkhälsolagen. Barns och ungdomars vård har i alltför hög grad prioriterats på bekostnad av vård av vuxna. Utgångspunkten har varit en stark tro på att man genom tandvården vid hälsovårdscentralerna på ett avgörande sätt kan förebygga mun- och tandsjukdomar hos barn och unga, speciellt genom regelbundna och upprepade undersökningar samt förebyggande och vårdande åtgärder. Enligt nya forskningsrön är dock den bästa förebyggande vården en god tandvård i hemmet (munhygien, fluortandkräm och förnuftiga kostvanor). Det som man har uppmärksammat mindre inom tandvården, och som framkommer av utvärderingen, är att allt fler av den vuxna befolkningen kommer att ha fler egna tänder som en följd av åtgärderna inom

tandvården och att tandvård förbättrar livskvaliteten. Fungerande tandvårdstjänster är alltså viktiga för alla åldersgrupper.

De största utmaningarna för hälsovårdscentralerna har varit personalrekrytering och överföring av uppgifter från tandläkare till munhygienister. Motståndet mot förändringen har varit stort. Även den stora efterfrågan på brådskande vård har varit betungande. De nya patienterna som uppsökte tandvården vid hälsovårdscentralerna kom till största delen från medelklassen och man kunde konstatera att befolkningens behov inte styrte nyttjandet av tandvården i tillräcklig grad.

Man konstaterar i utvärderingen att det inte finns någon konkurrens om patienterna. Inom den privata sektorn har man sina "stamkunder" som kallas på regelbundna besök och inom den offentliga sektorn har man inte kunnat ta emot så många patienter att konkurrens skulle uppstå. Patientgenomströmningen inom den privata sektorn borde bli större så att man skulle få tid för specialgrupper inom den offentliga sektorn. Tandvård av specialtandläkare borde även ges större uppmärksamhet.

Sverige

En av målsättningarna för tandvårdsstödet i Sverige var att det skulle bli billigare att besöka tandvården - speciellt för den som har omfattande tandvårdsbehov - och att stärka patientens ställning. En annan målsättning var att bibehålla en god tandhälsa för dem med små eller inga tandvårdsbehov för att minska behovet av tandvård på längre sikt, detta gäller särskilt personer i åldern 20-29 år. Man ville också förbättra konkurrensen på tandvårdsmarknaden och minska den administrativa bördan för tandvårdsföretagarna.

Som ett led i utvärderingen av det statliga tandvårdsstödet gjorde Socialstyrelsen i Sverige år 2009 en kartläggning av den vuxna befolkningens tandhälsa genom en enkätundersökning. Sammantaget visar kartläggningen att den självskattade tandhälsan är god och att majoriteten av befolkningen har regelbunden kontakt med tandvården. De allra flesta har också relativt låga kostnader för tandvård och generellt sett är man nöjd med bemötandet inom tandvården. Utvärderingen visar att kunskapen om tandvårdsstödet skulle kunna bli bättre och att tandvården skulle kunna bli bättre på att uppfylla de åtaganden som man är skyldig att utföra efter tandvårdsreformens införande. Några långtgående slutsatser av tandvårdsreformens effekter kan man inte dra, då det gått så kort tid sen genomförandet.

I utvärderingen konstaterar man att kunskapen om det statliga tandvårdsstödet var sämst bland yngre personer, särskilt bland männen. Personer födda utanför Europa, långtidssjukskrivna och arbetssökande hade markant lägre kunskap i denna fråga. Bara 14 procent uppgav att tandläkaren/tandhygienisten hade en prislista och 38 procent hade fått besked om vad behandlingen skulle komma att kosta. 48 procent av de tillfrågade uppgav att de brukar gå till privattandvården och 44 procent svarade att de brukar besöka folktandvården/tandläkarhögskola och 5 procent besökte ibland folktandvård ibland privattandvård. Av de tillfrågade hade 22 procent avstått från att uppsöka tandvården trots behov, i åldersgrupperna 20-29 år var det betydligt vanligare bland kvinnor än bland män medan rollerna var ombytta i åldersgruppen 30-39 år. 50 procent av dem som avstod från att uppsöka tandvård trots behov uppgav att de gjorde det av ekonomiska skäl.

Resultaten av enkäten visar att andelen personer i åldern 20-29 år som avstått från tandvård på grund av ekonomiska skäl nu är lägre än andelen i åldern 30-39-år, vilket skulle kunna bero på att den yngre åldersgruppen får dubbelt allmänt tandvårdsbidrag. Högkostnadsskyddet borde minska andelen personer som avstått tandvård på grund av ekonomiska skäl. Resultaten i undersökningen visar inte någon effekt i detta avseende. De patientgrupper som dock fått lägre patientkostnader i och med det nya stödet är dels patienter med låg konsumtion och dels patienter som har hög eller mycket hög konsumtion.

Besöksfrekvensen i Sverige ligger över genomsnittet i EU. Andelen av befolkningen som besökt tandvården under de senaste två åren är 84 procent jämfört med 76 procent för EU-området.

I Hälso- och sjukvårdsrapporten för 2009 anger man flera strategier för effektivare tandvård. Ett sätt är att aktivt arbeta med förändringar kring personalsammansättningar och fördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier, så att tillgängliga personalresurser används så effektivt som möjligt. En viktig åtgärd är också att satsa på kompetensutveckling för att möjliggöra förändringen i fördelningen av arbetsuppgifter. I Sverige har också flera landsting infört teamtandvård som har som grundidé att tillvarata medarbetarnas fulla kompetens så effektivt som möjligt. Standardvårdsteamet uppges bestå av en tandläkare, en eller två tandhygienister och en eller två tandsköterskor. Tandläkaren fungerar vanligen som teamledare och är vårdansvarig utifrån en behandlingsplan. Teamen fungerar ofta både som undersökningsteam och behandlingsteam. Enligt Socialstyrelsen kommer antalet tandläkare att minska och antalet tandhygienister att öka fram till år 2023. Man uttrycker förhoppningar om att tandvården ska förbereda sig på den framtida personalsituationen genom att satsa på att öka andelen tandhygienister för att möta bristen på tandläkare, i kombination med satsningar på personalutveckling och teamtandvård.

Möjliga framtida strategier på Åland

Möjliga framtida strategier för den offentliga tandvården på Åland

- Minska kostnaderna för patienten. Detta kan ske genom olika åtgärder som bl.a. tandvårdscheck, vårdgaranti eller högkostnadsskydd.
- Överföring av arbetsuppgifter från tandläkare till munhygienist och tandskötare speciellt när det gäller barn och ungdomar, enligt modell från riket.
- Öka andelen munhygienister i förhållande till andelen tandläkare och införa teamtandvård.
- Utöka verksamheten för tandvården inom ÅHS genom att anställa mera personal. Detta kräver också utökade utrymmen.
- Prioritering av nya grupper inom den offentliga tandvården t.ex. genom att minska antalet besök för barn och ungdomar, enligt modell från riket. Kan delvis ske med nuvarande resurser.
- Rikta åtgärderna till de grupper som enligt utvärderingar i riket och i Sverige har den sämsta munhälsan, d.v.s. låginkomsttagare, personer födda utanför Europa, ensamstående med hemmavarande barn, pensionärer, långtidssjukskrivna och arbetssökande.

Referenser

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. RP 90/2010.

Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. Stockholm 2010.

Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm 2009.

Widström, E., Mikkola, H. Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi? Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. Helsingfors 2008.

Widström, E. Information om utvärdering av tandvården i Finland.