

Tandvård i ett samhällsodontologiskt perspektiv

Tillämpning inom ett landstingsområde

Göran Thidevall

Landstinget Västernorrland har sedan flera år bedrivit tandvård från populationsinriktad utgångspunkt. Efter hand har ytterligare ett antal utgångspunkter inordnats i ett begreppssystem, som kan betecknas som en vårdfilosofi med samhällsodontologisk ansats.

Från dessa utgångspunkter bedrivs en offensiv tandvård i samverkan mellan folktandvård och privattandvård. Organiserad tandvård för 20–29 åringar samt organiserad äldre tandvård har genomförts. Folktandvård och privattandvård har ett gemensamt epidemiologiskt informationssystem och ett gemensamt datorbaserat kallelse-system för den organiserade vuxentandvården. Uppsökande verksamhet till vissa patientgrupper sker i samverkan med primärvård och kommunal hemtjänst.

Västernorrland är till storleken ett genomsnittslandsting med ca 265 000 invånare. Antalet tillgängliga tandläkartimmar per försäkrad var 1,19/år 1984. År 1985 beräknas medelbehandlingstiden inom barntandvården vara 1,0 timme samt 60 % av all vuxentandvård bedrivs inom folktandvården och 40 % inom privattandvården.

Göran Thidevall är odontolog och samhällsvetare och biträdande tandvårdschef vid tandvårdsförvaltningen, Landstinget Västernorrland. Han är där ansvarig för den samhällsodontologiska metodutvecklingen.

ningsgrupp. Denna process innefattar ett flertal faktorer såsom kartläggning, planering, utarbetande av program, genomförande, odontologisk och samhällsekonomisk utvärdering m.m.

I stor utsträckning används då verktyg – teorier, metoder och tekniker – från flera olika discipliner. Från tvärvetenskaplig utgångspunkt analyseras och görs förslag till lösningar av odontologiska problem.

Denna tvärvetenskapliga ansats grundad på ett samhällsodontologiskt synsätt medför att ett antal positiva multiplikatoreffekter uppkommer. I Västernorrland har en vårdfilosofi genererats, vilken används som bas och utgångspunkt för verksamheten.

Vårdfilosofi

Flera tandvårdshuvudmän har utarbetat prestationsmål och resursmål för sin verksamhet. Några huvudmän har också formulerat effektmål uttryckta i mätbara epidemiologiska termer för delar av sin verksamhet, tex barntandvården. Det som fortfarande saknas är en vårdfilosofi som utgångspunkt för verksamheten.

En vårdfilosofi kan sägas bestå av en uppsättning grundläggande påståenden eller satser, som är logiskt sammanhängande. De ska redovisa det grundläggande synsättet på verksamheten. Satserna ska vara användbara för att fortlöpande kunna lösa ak-

Samhällsodontologiskt synsätt

Ett sätt att definiera begreppet samhällsodontologi är att beskriva den process som föreligger, då man genom organiserade åtgärder bringar tandsjukdomarna under kontroll i ett samhälle eller i en befolk-

.....

Den tandvårdande verksamheten bör styras av en klart definierad vårdfilosofi

.....

tuella problemställningar inom verksamhetsområdet dvs krav på fruktbarhet och konsistens gäller.

Vårdfilosofi kan ses som ett systembegrepp, vars delar i form av teorier, metoder och tekniker integreras med rådande politiska och ekonomiska värderingar.

Det praktiska förfaringsättet i Västernorrland har varit att det grundläggande synsättet på tandvård och de grundläggande principerna för tandvårdens bedrivande har nedtecknats och godkänts av den politiskt ansvariga nämnden. Uppkomna problem provas fortlöpande mot de vårdfilosofiska utgångspunkterna.

I Västernorrland används bla följande **satser** som utgångspunkter för tandvårdens bedrivande.

- Tandvården är populationsinriktad
- Målbeskrivning och resultatredovisning görs i form av hälsoindex
- Offensiva samhällsinriktade åtgärder används för att uppnå målen
- Metodutveckling sker utgående från en helhetsyn (deduktiv metodik)
- Tandvårdens resurser utnyttjas optimalt genom samverkan mellan folktandvård och privattandvård
- Verksamheten relateras till samhällsekonomiska lönsamhetskrav

Från dessa grundläggande utgångspunkter utarbetas mera detaljerade riktlinjer. Dessa konkretiseras i folktandvårdens rullande programplanering. De utgör också utgångspunkter för de överläggningar med den privata vårdsektorn, vilka resulterat i ett avtal mellan tandvårdsnämnden och tandläkarförbundet om samverkan.

Tandvårdens marknad

Inom välfärdsteorin eftersträvas inte enbart effektivitet i produktionen av varor och tjänster utan en total effektivitet. Detta betyder att både effektivitet i produktion och konsumtion skall föreligga och produktionsinriktningen ska vara anpassad till konsumenternas preferenser och behov.

Att enbart eftersträva effektivitet i produktion av tandvårdstjänster, tex var kan man till lägsta kostnad producera tandläkartimmar, strider mot grundläggande välfärdsteoretiska principer.

Tandvårdens marknad kan betecknas som producentstyrd. Producenterna av tandvård har i det närmaste en monopolställning i informationshänseende. Detta beror på de stora skillnaderna i kunskaper mellan producent och konsument. Individerna kan fås att efterfråga vård, som inte ger någon mätbar förändring av tandhälsan. De har inte som på den konsumentstyrda marknaden samma möjligheter till rationella val.

Enligt det populationsinriktade synsättet är en marknadsmodell mindre lämplig att tillämpa vid fördelning av tandvårdstjänster eftersom stora skillnader ofta föreligger mellan befolkningsgruppers vårdbehov och deras vårdefterfrågan.

Vid beräkningen av vårdbehov måste man utgå från hjälphypoteser nämligen den professionella bedömarens kunskaper och värderingar. Begreppet objektivt vårdbehov, som ibland används, är oegentligt. Man finner exempelvis påtagliga skillnader om vårdbehovsbedömningar utförs av specialisttandläkare eller allmäntandläkare.

Både det professionellt bedömda vårdbehovet och vårdefterfrågan påverkas också av kulturmönster och traditioner i det samhälle där vårdgivare och vårdkonsumenter verkar.

Patienterna kan uppleva ett stort vårdbehov utan att därför efterfråga tandvård. Å andra sidan kan de fås att efterfråga tandvård utan att vårdbehov föreligger.

Enligt det populationsinriktade synsättet fokuseras intresset på allas behov av tandvård och inte enbart på behovet hos de individer som själva tar initiativ till tandvård. Resursanvändningen bestäms av vilka tandhälsoeffekter man vill uppnå för hela befolkningen.

De teoretiska utgångspunkterna implicerar aktiva insatser för att utjämna skillnader mellan grupper med relativ överkonsumtion av tandvård och grupper med relativ underkonsumtion. Den samhällsekonomiska situationen förstärker behovet av så-

.....

Resurserna måste utnyttjas så att tandhälsan höjs hos hela befolkningen och inte endast hos de individer som själva söker vård

.....

.....
Ett organiserat system av regelbundna tandhalsokontroller med sjukdomsanpassade intervall för större delen av befolkningen kan ge positiva effekter på tandhälsan
.....

dana insatser, eftersom inga nya medel kommer att tillföras tandvården.

Systematisk kartläggning av befolkningens tandhälsa kompletterad med efterfrågeundersökningar måste ligga till grund för befolkningsinriktade åtgärder.

Offensiva befolkningsinriktade åtgärder

Avsikten med dessa åtgärder har varit att stegvis ta in allt fler befolkningsgrupper inom landstingsområdet i ett system av regelbundna tandhalsokontroller. Intervallen bestäms av varje individs aktuella tandhälsoläge.

Ambitionen kan förenklat sägas vara att få med så många individer i befolkningsgruppen som möjligt i ett kallelsesystem med så långa intervaller som möjligt mellan kontrollerna.

Inom detta system kan riskpatienter inom befolkningsgruppen sorteras ut och särskilda tandhälsovårdsåtgärder selekteras till de patienter, som har behov därav. Kallelseintervallens längd för patienter med låg tandsjukdomsaktivitet och låg risk kan förlängas betydligt.

År 1979 började den organiserade 20–29 årstandvården i samverkan mellan folktandvård och privat-tandvård. För denna befolkningsgrupp beräknades små resursinsatser ge stora hälsoeffekter d v s man skulle genom ett relativt litet antal vårdtimmar kunna bibehålla 19-åringarnas goda tandhälsa upp genom åren. Ett gemensamt vårdprogram utarbetades.

Tandhälsan för den första gruppen 20-åringar hade mätts år 1978, då individerna var 19 år. År 1983, då de var 24 år, gjordes åter motsvarande mätning. Resultatet visade att i denna organiserade vård fortsatte tandsjukdomsaktiviteten att minska. Den årliga kariestillväxten var hälften så stor mellan 19 och 24 år som mellan 16 och 19 år. (0,3 approximalyta per år exklusive initialkaries). Antalet pati-

enter med tandköttsinflammation minskades samtidigt från 10 % till 6 %.

En av de största fördelarna med den organiserade 20–29 årstandvården är att många individer nås, som inte skulle ha sökt tandvård på eget initiativ. Bland dessa finns åtskilliga som har sämre förutsättningar att värna om sin tandhälsa. De kan ha en socialt otillfredställande tillvaro och aktiva kallelser är nödvändiga för att nå dem med organiserade tandhälsoåtgärder.

Genom den förbättrade tandhälsan kan behandlingsintervallen förlängas. Begreppet täckningsprocent måste då få en annan innebörd. 92 % av individerna inom 20–29 årstandvårdens årsgrupper finns med i kallelsesystemet och kallas med individuellt lämpliga intervaller. Beräknat per kalenderår undersöks och behandlades enbart ca 60 % av individerna. Hög täckningsprocent av individer anslutna till systemet är önskvärd. Hög täckningsprocent per år tyder på relativ överkonsumtion av vård. Detta skulle innebära att en hel befolkningsgrupp med i genomsnitt låg sjukdomsaktivitet betraktades som riskpatienter. Med täckningsprocent menas därför relativt antal individer anslutna till ett system med regelbundna kallelser.

Nästa steg var att införliva 65-åringar och äldre i den organiserade tandvården. Detta gjordes under år 1984. Innan äldretandvården startade undersöktes bl a sambandet mellan tandhälsa, tandvårdsutnyttjande och livsstil hos 65-åringar.

Av denna undersökning framgår att det är de mer aktiva och energirika människorna som i högre grad har förmåga eller möjlighet att ta för sig av tandvårdsutbudet i det rådande marknadssystemet för tandvård. Människor med vissa livsstilar har ett påtagligt lägre tandvårdsutnyttjande trots högre grad av subjektiva besvär och ett önskemål att få hjälp i sin tandvårdssituation. Den sämsta tandhälsan hade kvinnor, som uppgav att de gick under behandling för långvarig sjukdom.

.....
Offentlig och privat tandvård kan på ett fruktbart sätt komplettera varandra och på så sätt ge upphov till en blandeekonomisk syntes för tandvård
.....

Hög täckningsprocent per år kan tyda på en relativ överkonsumtion av vård

Rapporten gav stöd för införandet av en offensiv organiserad äldre tandvård med bla uppsökande verksamhet.

Under det sk kartläggningsåret 1984 redovisade alla privattandläkare och tjänstetandläkare sina revisionspatienter 65 år och äldre till tandvårdsförvaltningen. Även vissa epidemiologiska uppgifter togs in. Personnummer mfl uppgifter registrerades i databasen. Spärr fanns mot dubbelredovisning av patienter. Personer med helproteser definierades som revisionspatienter om de varit på kontroll under den senaste 5-årsperioden.

Det totala antalet personer 65 år och äldre i länet uppgick till 49010. Antalet revisionspatienter hos länets tandläkare var 19727 varav 10982 i folktandvården och 8745 inom privattandvården. Av befolkningsgruppen 65 år och äldre var 40,25 % revisionspatienter d v s erhöll regelbunden tandvård.

Registret över länets revisionspatienter avstämdes mot befolkningsregistret genom datorbearbetning. Datainspektionens tillstånd erfordras. På så sätt erhöles uppgift om de personer som saknade egen tandläkare. Dessa personer får under 1985 erbjudande genom brev, telefonsamtal eller genom uppsökande verksamhet till vissa särskilda grupper.

I fortsättningen utförs samma procedur enbart för varje tillkommande årsgrupp 65-åringar.

Uppgifter om de 19727 revisionspatienter, som inrapporterats av länets privat- och tjänstetandläkare, finns i tabell 1, 2 och 3.

Av tabell 1 framgår att i åldersintervallet 65-74 år är den relativa andelen revisionspatienter högre än vad som motsvaras av befolkningsfördelningen. I åldersintervallet 75 år och äldre är den relativa andelen lägre.

Tabell 1. Relativ fördelning av revisionspatienter samt relativ fördelning av länets befolkning efter åldersintervaller i Västernorrland 1984.

Patienter och folk 1987						
Åldersintervall	65-69	70-74	75-79	80-84	85- -- -->	
Rev patienter	37,6	30,3	19,4	9,1	3,6	100 %
Befolkning	29,4	27,8	22,0	13,2	7,6	100 %

Tabell 2. Medeltal kvarvarande tänder per individ hos revisionspatienter i Västernorrland 1984

Ålder	65	70	75	80	85	90	65- -->
Samtliga individer	14	11	10	8	7	4	11
Enbart betandade individer	17	15	14	14	12	9	15

Tabell 3. Relativt antal helproteser hos revisionspatienter i Västernorrland 1984 fördelade efter ålder

Ålder	65	70	75	80	85	90
Andel patienter med helprotes	17	27	29	40	43	55 %

Som hjälpmedel för att rationellt kunna administrera den organiserade vuxentandvården har ett datorbaserat kallelsesystem utvecklats. Uppgifter som slutdatum för varje behandlingsperiod och revisionsintervallets längd insänds av både privattandläkare och av folktandvården till tandvårdsförvaltningen. Uppgifterna registreras via tandvårdsförvaltningens terminal och lagras i databasen. Med lämpliga intervaller skrivs kallelselistor ut och sänds till respektive privattandläkare och distrikts-tandpoliklinik. Även kallelsekort och adress-etiketter bifogas.

Samtidigt med kallelseuppgifterna insänds epidemiologiska uppgifter för samtliga individer inom vissa givna åldersgrupper. Uppföljning och utvärdering av den organiserade vuxentandvården görs fortlöpande.

Informationssystem för det totala planeringsansvaret.

Kallelsesystemets databas kan också användas som underlag i ett informationssystem för landstingets totala planeringsansvar. Informationssystemet får då följande användningsområden för planering av vuxentandvården.

- Det ska redovisa hur stor andel av den aktuella åldersgruppen som erhåller regelbunden tand-

vård dels totalt och dels inom privattandvården och folktandvård. Det ska också redovisa kallelseintervallens längd och hur stor del av befolkningsgruppen som kallas med intervall på 6–12, 13–18, 19–24 månader etc.

- Listor ska kunna tas fram över de individer, som inte har regelbunden tandvård genom att avstämma det för folktandvård och privattandvård gemensamma kallelseregistret mot befolkningsregistret med lämpliga intervaller. Individer, som inte deltar i regelbunden tandvård, kan tex vart 5:e år erbjudas undersökning/tandhälsokontroll.
- Systemet ska verifiera att landstingets åligganden enligt HSL och tandvårdslagen eller enligt andra åtaganden har utförts. Detta sker genom att databasen innehåller uppgifter om vilka som erbjudits vård hos tjänste- och privattandläkarna.
- Systemet ska redovisa tandhälsan i de aktuella åldersgrupperna genom sammanställning av de epidemiologiska uppgifter, som registrerats i databasen tillsammans med kallelseuppgifterna. Program kan göras för att avstämma kallelseintervallens längd mot tandhälsan.

Genom att sammanställa informationen om vilka som får regelbunden tandvård, vilka som inte får regelbunden tandvård, kallelseintervallens längd och tandhälsan kan tandvården planeras så kostnadseffektivt som möjligt.

Samhällsekonomisk bedömning

Offentlig och privat tandvård kan på ett fruktbart sätt komplettera varandra och på så sätt ge upphov till en blandeekonomisk syntes för tandvård.

Privattandvården har redovisat ett effektivt resursutnyttjandet av investerat realkapital vid produktion av tandvård. Folktandvården har redovisat en effektiv fördelning av tandvård till olika grupper av befolkningen utgående från tandvårdsbehovet.

Samhällets kostnader för tandvård bör relateras till de tandhälsoeffekter som uppnås. Kostnaden per tandläkartimme är ett ofullständigt och ofta missvisande mått ur samhällsekonomisk synvinkel.

Kallelse exempelvis var 6–10 månad av stora grupper friska individer för att kontrollera att de fortfarande är friska är ett stort resursslöseri från samhällsekonomisk utgångspunkt. Alternativen-

vändningen av dessa medel till andra ändamål är nämligen oerhört angelägen. Detta gäller även om den företagsekonomiska resultatredovisningen anger en relativt låg timkostnad, som helt balanseras mot intäkter.

Den samhällsekonomiska bedömningen bör utgå från vad den totala kostnaden är för att hålla en befolkningsgrupp dvs ett visst antal individer vid en viss given tandhälsa under en längre tidsperiod. Antalet förbrukade tandläkartimmar under tidsperioden multipliceras med timkostnaden.

Vad är exempelvis den totala kostnaden för att de 19-åringar, som lämnar ungdomstandvården, ska erhålla en viss given tandhälsa som 24-åringar eller 29-åringar? Hur många tandläkartimmar har förbrukats under denna 5- eller 10-årsperiod och vad är timkostnaden. Eftersom tandhälsan registreras vid 19, 24 och 29 år är sådana beräkningar helt möjliga att göra. Denna kalkylmetodik är också den enda fruktbara, då det gäller att göra samhällsekonomiska jämförelser mellan folktandvård och privattandvård.

Från och med 1986 kommer i Västernorrland folktandvårdens resultaträkning att kompletteras med en samhällsekonomisk bedömning av verksamheten.

REFERENSER

1. Spri-rapport: Organiserad tandvård för 20–29-åringar i Västernorrland. Samarbete folktandvård/privattandvård. 1982: 99.
2. Spri-rapport: Organiserad tandvård för de äldre i Västernorrland. Samarbete folktandvård/privattandvård. 1983: 154.
3. Spri-rapport: Att beskriva tandhälsan i ett landstingsområde. 1986: 108.
4. Thidevall G: Samverkansformer vid planering av tandvård. Spri-publikation, 1981.
5. Thidevall G: Livsstilsaktiviteter, tandhälsa och tandvårdsutnyttjande – en studie av 65-åringar i Medelpad. Forskningsrapport 4393 S, 1983.
6. Thidevall G, Carlsson K-E, Johansson G, Nelvig G, Östberg B: Epidemiologiskt informationssystem för den organiserade äldre tandvården i Västernorrland. Samarbete folktandvård/privattandvård. Tandläkartidningen 1984: 21.
7. Thidevall G, Kalén S: Organiserad tandvård för 20–29 åringar i Västernorrland. Resultatet av 5 års samarbete folktandvård/privattandvård. Tandläkartidningen; 1983: 21.