

Synpunkter på *Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning*

Inledning

Sveriges Tandläkarförbund ser mycket positivt på att tandvården lyfts och diskuteras. Sveriges Tandläkarförbund har valt att fokusera på huvudrapporten "*Stöd för styrning och ledning*", och då främst de inledande avsnitten. Med det skrivet, är det inte självklart att Tandläkarförbundet fullt ut håller med om de skrivningar som finns i övriga delar av de nationella riktlinjerna för tandvård.

När vi har gått igenom dokumentet har vi sett att det finns vissa genomgående teman som vi vill kommentera. Istället för att vid varje sidhänvisning upprepa tidigare kommentarer, har vi valt att strukturera vårt svar utifrån vissa valda teman. Dessa teman underbyggs med exempel från texten (med sidhänvisningar).

I vissa fall har vi dock kommentarer som rör mer konkreta formuleringar i texten. I dessa fall har vi skrivit in våra kommentarer direkt i webbenkäten. Dessa synpunkter återfinns också i en kopia längst bak i detta dokument.

En blandning av olika målgrupper, syften, avancerad och basal odontologisk information samt sakkunskap och policy

Det står upprepade gånger i texten att "*Stöd för styrning och ledning*" vänder sig till beslutsfattare i regionerna, och att den samtidigt kan vara användbar för tandvårdspersonal (se t.ex. s 3 och s 9). Sveriges Tandläkarförbund anser att det är olyckligt att olika målgrupper blandas ihop på detta sätt, då skillnaden i kunskapsnivå gällande odontologi skiljer sig avsevärt mellan dessa grupper. Detta syns också i texten, där relativt avancerad odontologisk information blandas med basal kunskap. Det sker också en sammanblandning mellan sakkunskap och politisk policy i texten, med skrivningar om alltifrån jämlik tandvård till behandlingsrekommendationer och information om andelen av världens befolkning som har karies.

Ett exempel på denna problematik finns på s 7, där det står "Tandvårdspersonalen behöver arbeta systematiskt för att ta tillvara tandvårdens resurser effektivt. De bör till exempel bedöma risken för olika sjukdomar i munnen hos alla de undersöker, och även registrera eventuella skador på tänderna, såsom erosioner. Därefter bör de utreda orsakerna till de upptäckta riskerna och skadorna, tillsammans med patienterna."

Citatet ovan slår in öppna dörrar. En mycket stor del av grundutbildningen och fortbildningen av all tandvårdspersonal är fokuserad på detta och har varit så under de senaste 50 åren (åtminstone). Tandvården är dessutom sedan länge organiserad för att arbeta utifrån dessa förutsättningar. Mot denna bakgrund kan formuleringar av typen "riktlinjerna kan vara användbara för dig som möter patienter i tandvården" (s 3) uppfattas som stötande för oss som arbetar inom tandvården, och som ett underkännande av vår kunskap.

Exempel på hur avancerad kunskap blandas med basal odontologisk kunskap finns även i Rekommendationer del 1. Se t.ex. s 23 "Grunden för den personliga munvården är att borsta tänderna två gånger per dag med fluoridtandkräm. Fluorid kan minska risken för att syror från söta produkter ger kariesskador på tänderna. Alla som besöker tandvården bör därför uppmuntras till denna vana."

Sveriges Tandläkarförbund befärar också att denna typ av sammanblandning av fakta på avancerad och basal nivå kan skapa förvirring kring den odontologiska kunskap som, i vårt fall, tandläkarna

besitter. Det kan även tolkas som en kraftig underskattning av beslutsfattarnas kunskapsnivå. Det riskerar i sin tur att skapa oklara roller mellan tandläkare och tjänstemän i regionerna. Denna typ av problematik skulle kunna avhjälpas genom att i texten tydligare poängtera vilken kunskap som tandvårdspersonalen redan besitter och vilka arbetssätt som redan används.

För att rekommendationerna ska kunna få bästa effekt behöver uttolkningen och omsättandet i praktisk handling ske i samråd med odontologiskt utbildad personal, företrädesvis kliniskt verksamma tandläkare. Vikten av att involvera odontologiskt utbildad personal bör tydligt framgå i rekommendationerna.

På s 10 står det att riktlinjerna också kan ses som en kunskapsbank för den forskning som finns inom olika odontologiska områden. Vi menar att även denna typ av sammanblandning av olika syften kan skapa förvirring. Ifall syftet är att ge ut en skrift om hur riktlinjerna kan studeras i forskningssyfte, bör en separat skrift behandla detta ämne. Att som nu, sammanföra detta i ett styrdokument som både vänder sig till beslutsfattare, tandvårdspersonal och forskare, riskerar att skapa förvirring.

Sveriges Tandläkarförbund skulle vilja se att texten redigerades för att tydligare riktas mot olika målgrupper. Vi tror att rekommendationerna då skulle bli tydligare och att syftet lättare uppnås. Som nämnts är det också viktigt att poängtera den kunskap som tandvårdspersonalen redan besitter och det arbete som görs. Det är också av central betydelse att involvera tandvårdspersonal när riktlinjerna ska omsättas i praktiska beslut.

Vi anser också att texten med fördel skulle kunna redigeras så att sakkunskap skiljs från förslag på policyinriktade satsningar (se t.ex. s 8 "Sådan samverkan är särskilt viktig i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa, och där barnen oftare har karies än i andra områden. Där behövs satsningar för att minska hälsoskillnaderna i befolkningen"). Den del av texten som har med policyinriktade satsningar att göra skulle kunna läggas i ett separat dokument eller avsnitt.

Frågan om jämlik tandvård i texten är ett annat exempel på hur odontologisk sakkunskap blandas med frågor av policykaraktär. Socialstyrelsens riktlinjer ska bidra till en god och jämlik vård. För att tillgodose jämlikhetsperspektivet menar vi att texten skulle kunna ha ett separat avsnitt som behandlar riktlinjernas konsekvenser ur ett jämlikhetsperspektiv. Vi tror att rekommendationerna skulle bli tydligare med ett sådant separat avsnitt, samt att det blir lättare att särskilja vad som är odontologisk sakkunskap och vad som är en policyrelaterade rekommendationer utifrån mål om ökad jämlikhet.

Vi ser också att vissa delar av de inledande avsnitten i "*Stöd för styrning och ledning*" skulle kunna utvecklas (se svar i webbenkäten under avsnittet "Sammanfattning och inledande delar").

Säkerställa resurser och möjligheten att följa rekommendationerna

Ett flertal av rekommendationerna kräver extra resurssatsningar om de ska kunna efterföljas, vilket vi anser bör framgå i texten till de regionala beslutsfattarna. Ett sådant exempel är rekommendationerna om att åstadkomma en samverkan mellan tandvård och andra insatser inom övrig hälso- och sjukvård. Även de många rekommendationerna om satsningar på förebyggande vård kräver ytterligare resurser och utrymme i tandvårdspersonalens scheman för att kunna genomföras.

I texten berörs det faktum att extra resurssatsningar på kort sikt ofta leder till besparingar på längre sikt (s 26). Tandläkarförbundet vill i sammanhanget också uppmärksamma att formuleringen som används på s 26, "åtgärderna... kan förbättra munhälsan och spara resurser på lång sikt" riskerar att

ha låg genomslagskraft när beslutsfattare ska fördela resurser till olika regionala verksamheter. Vi efterfrågar här starkare skrivningar för att säkerställa att regionerna avsätter resurser till satsningar på bl.a. samverkan.

Ifall regionerna inte har möjlighet att följa rekommendationerna finns det en risk för att rekommendationerna förlorar dignitetsgrad och värde.

Det är också viktigt att det i rekommendationer och riktlinjer framgår att olika patienter tar olika mycket tid och resurser i anspråk. Det behöver finnas utrymme i tandvårdspersonalens tidböcker för att kunna omhänderta patienter med olika resursbehov. Det är också avgörande att det finns kostnadstäckning i budgeten för att tandvården ska kunna ta emot dessa patienter.

Tandvård – mer än förebyggande insatser och karies

Förebyggande insatser

Vikten av satsningar på förebyggande insatser tas upp på ett flertal ställen i texten (t.ex. s 7, 9 och 15). Regelbunden och förebyggande tandvård är avgörande för en god tandhälsa, men vi vill också framhålla att en för stor betoning på förebyggande vård riskerar att orsaka en allvarlig förenkling av de vårdbehov som finns. I ett dokument som riktar sig till beslutsfattare i regionerna är det av särskild vikt att betona att många sjukdomstillstånd, skador och avvikelser kräver en helt annan typ av sjukdomsbehandling än förebyggande insatser.

Efter genomgången behandling av grundsjukdomen krävs rehabilitering för att undvika recidiv. Vissa patienter kan hållas friska genom förebyggande insatser förutsatt att patienten koopererar väl. För andra patienter som har omfattande vävnadsskador/förluster (tänder och omgivande vävnader), räcker dock inte förebyggande behandling. Då krävs rehabiliterande behandling för att inte de kvarvarande tänderna ska gå förlorade, vilket annars sker oavsett hur mycket förebyggande vård som sätts in. Behandling av en avancerad parodontit kräver t.ex. åtgärder för att eliminera traumatisk artikulation och för att stabilisera restbettet, etablera en stabil ocklusion med interferensfria artikulationsrörelser, bibehålla eller upprätta en god tuggfunktion, göra fonetiska och estetiska överväganden samt om möjligt eliminera parafunktioner.

Ovan beskrivning förutsätter att parodontiten är behandlingsbar. En relativt stor andel (ca 10%) av alla patienter med allvarlig parodontit svarar inte tillfredsställande på behandlingen oavsett Kooperation. De blir inte sällan tandlösa trots omfattande insatser från tandvården och från patienten själv. Denna patientgrupp är i mycket stort behov av tandvårdens/samhällets stöd.

Exemplet ovan är bara ett bland många scenarier där god oral hälsa förutsätter omfattande rehabilitering i kombination med stöd/förebyggande insatser.

Karies

På ett flertal ställen i texten berörs frågan om hur karies bäst behandlas och förebyggs (t.ex. s 7, 9 och 15). Det är problematiskt att karies lyfts fram på detta sätt på bekostnad av andra sjukdomar och tillstånd. Parodontit är minst lika viktig att lyfta fram, men även andra sjukdomstillstånd i munhålan skulle kunna nämnas. Beslutsfattarna i regionerna behöver ta höjd för andra tillstånd än karies, vilket kan behöva ta ytterligare behandlingstid i anspråk.

Det är också viktigt att poängtera att varje patient är unik, så även när karies ska behandlas. Tandläkaren behöver se till den komplexa helheten hos patienten, där det i varje enskilt fall finns ett

flertal faktorer att ta hänsyn till – alltifrån tandvårdsrädsla till kräkreflexer. Rekommendationerna och beslutsfattarna i regionerna behöver därför även ta höjd för att tandläkare ska kunna ge adekvat behandling utifrån den enskilda patientens behov och förutsättningar. Det är alltså viktigt att det i rekommendationer och riktlinjer framgår att olika patienter tar olika mycket tid och resurser i anspråk och att beslutsfattare förstår att uppskatta den viktiga förmågan till anpassning och analys av varje situation som är centralt i tandläkaryrket och avgörande för en framgångsrik behandling.

Samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård

På ett flertal platser i texten nämns samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård (t.ex. s 8, 16, 18, 24 och 26). Tandläkarförbundet ställer sig mycket positivt till att denna samverkan lyfts fram i rekommendationerna. Inom många områden ser vi tyvärr för lite av denna samverkan, ett sådant område är äldres tandhälsa.

Det är också viktigt att poängtera att regionerna behöver vara villiga att satsa resurser för att åstadkomma en effektiv och relevant samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård. Det gäller alltifrån resurser för att bygga upp nya strukturer för samverkan mellan olika vårdaktörer, till att den enskilda tandläkaren ska ha tid att exempelvis samråda med en dietist kring ett barns övervikt samt uppföljning av detta.

Samtalsmetodik

På ett flertal ställen i texten behandlas frågan om samtalskompetens hos tandvårdspersonalen (t.ex. s 7-8, 22, 27 och 28). Exempelvis står det på s 22 "För att det hälsofrämjande arbetet ska fungera väl i hela landet behöver personal få utbildning och kompetens i samtalsbaserade metoder som motiverar patienter att ändra ohälsosamma levnadsvanor – så att personalen till exempel kan arbeta med kvalificerat rådgivande samtal. Särskilt behövs satsningar på stöd för att förebygga karies till patienter med för högt sockerintag" och på s 27 "Dessutom finns personal i tandvården med kompetens att arbeta med beteendeförändringar, framför allt tandhygienister".

Tandläkarförbundet vill här påpeka att det ingår i tandläkarens grundkompetens att kunna samtala med patienten om svåra hälsomässiga tillstånd och behandlingar, vilket också utgör en central del i det dagliga arbetet. Att samtala med patienten om beteendeförändringar för att förebygga karies och minska ett högt sockerintag tillhör också tandläkarnas dagliga arbetsuppgifter. Citaten ovan kan tolkas som att tandläkarna inte har kompetens i samtalsmetodik eller att detta är en arbetsuppgift som tandläkarna inte utför, vilket är olyckligt.

Det är också olyckligt att endast lyfta fram en av tandvårdens professioner i detta sammanhang (se citatet om tandhygienister ovan). Det finns många tandläkare med djup kompetens i metoder för beteendeförändringar, såsom kognitiv beteendeterapi (KBT). Det bör också lyftas fram. Att särskilja tandvårdspersonalen på detta sätt anser vi riskerar att leda till en polarisering mellan tandvårdens olika professioner.

Det är i sammanhanget också viktigt att poängtera att kompetens i samtalsmetodik inte alltid är tillräckligt för att åstadkomma bästa behandling eller beteendeförändring hos patienten. Den som samtalar med patienten behöver i vissa fall ha mycket ingående odontologisk kunskap, vilket ibland kan innebära att endast tandläkaren besitter denna kunskap.

Fortbildning och lärandeprocesser

Tandläkarförbundet efterfrågar ett större fokus på fortbildning av tandvårdspersonalen i de inledande delarna av skriften "Stöd för styrning och ledning". Precis som det finns ett fokus på vikten av satsningar på samtalsbaserade metoder, efterfrågar vi att satsningar på annan typ av fortbildning också lyfts fram. Tandvården är ett område där behandlingsmetoder och teknik ständigt förbättras. För att patienterna ska få relevant vård, behöver tandvårdspersonal få utbildning i nya och förfinade behandlingstekniker. Detta är också ett sätt att kvalitetssäkra vården. Tandläkarförbundet anser att det är viktigt att en skrift som vänder sig till beslutsfattare i regionerna på ett tydligt sätt även lyfter vikten av tandvårdspersonalens fortbildning.

Tandläkarförbundet vill också framhålla att det på ett principiellt plan är viktigt att de nationella riktlinjerna för tandvård medger och stimulerar till lärande och fördjupad kunskap hos tandvårdens personal.

En kombination av grupp- och individnivå

På ett flertal ställen i texten framförs vikten av att göra bedömningar på gruppnivå. Exempel på detta återfinns på s 7 ("Med stöd av de systematiska arbetssätten kan tandvården också kalla varje patient till basundersökningar lagom ofta. Det betyder att patienter med hög risk för dålig munhälsa undersöks oftare (en gång per 1–1,5 år) än patienter med låg risk (en gång per 2–3 år). På så sätt får patienterna med hög risk bättre tillgång till tandvården och sannolikt bättre munhälsa på sikt, medan patienterna med låg risk sparar tid och pengar") och s 9 ("Rekommendationerna kan även ge dig som möter patienter vägledning i beslut om behandling. Du bör till exempel ge de allra flesta med ökad risk för karies den behandling som Socialstyrelsen rekommenderar").

Bedömningar på gruppnivå är självfallet viktiga att ta hänsyn till, men Tandläkarförbundet vill understryka att det också är viktigt att ta hänsyn till patientens individuella förutsättningar och omständigheter. En kombination av faktorer på grupp- och individnivå behöver ingå i en behandlingsbedömning för att nå bästa resultat. Tandläkarförbundet menar att även detta bör förmedlas genom rekommendationer och riktlinjer.

När det gäller besöksfrekvensen hos olika grupper behöver rekommendationen i exemplet ovan problematiseras. För en del patienter med låg risk kan det vara motiverat med tätare tandläkarbesök än en gång per 2-3 år. På tre år kan mycket hända i en persons liv som påverkar tandhälsan, såsom stress och depressionstillstånd p.g.a. livshändelser. Exemplet illustrerar att både faktorer på gruppnivå och individnivå behöver ingå i en rekommendation om besöksfrekvens.

Erbjuda vård

På flera ställen i texten finns formuleringar om att "ge" patienten viss behandling med utgångspunkt i riktlinjerna (t.ex. s 9: "ge de allra flesta... den behandling som Socialstyrelsen rekommenderar"; s 21: besluta om "utbud och resurser i tandvården"; och s 22: "ge stöd"). Tandläkarförbundet vill här framhålla att tandläkaren kan *erbjuda* patienten en viss behandling, men kan inte bestämma vilken behandling som patienten i slutändan väljer.

På ett liknande sätt är det viktigt att tydliggöra att tandläkaren kan förklara för patienten vilken typ av beteende och egenbehandling som kan förebygga framtida besvär, men det är i slutändan upp till

patienten att följa rekommendationen eller inte (jmf s 15 "Karies och parodontit kräver stora resurser, samtidigt som dessa sjukdomar går att förebygga bättre än vad som sker i dag").

Det är alltså viktigt att i rekommendationerna tydliggöra att tandläkaren erbjuder och kan förespråka en viss behandling, men att beslutet till syvende och sist är patientens.

Kopia av synpunkter som har skrivits in direkt i webbenkäten:

2a. Sammanfattning och inledande delar

Utveckla vissa delar: Finansiering och regionernas ansvar

Vi ser att vissa delar av de inledande avsnitten i "Stöd för styrning och ledning" skulle kunna utvecklas:

Finansiering

S 19: Här förklaras tandvårdens finansiering och patientkostnad. Det står bl.a. att patienter äldre än 24 år betalar 57% av sin tandvård själv. Vi menar att denna information skulle kunna utvecklas och att nuvarande beskrivning inte ger en fullt ut rättvisande bild av hur systemet för patientavgifter är uppbyggt. Texten bör kompletteras med en översikt av hur ersättningssystemet är uppbyggt med ATB och de regionala tandvårdsstöden (t.ex. så som görs i kommittédirektiv 2018:16 till utredningen "När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa SOU 2021:8").

Regionernas ansvar

S 18-19: Här nämns regionernas ansvar för planeringen av tandvården, även den privata. Sveriges Tandläkarförbund menar att texten rörande regionernas ansvar att erbjuda och planera tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) skulle kunna utvecklas och förtydligas. Vi menar att denna information är viktig att betona i ett styrdokument som vänder sig till regionala beslutsfattare.

Hänvisning till utredningen När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

På s 15 står "Samtidigt riskerar skillnader i munhälsa att befästa på grund av en ökad ojämlikhet i samhället, i kombination med finansieringsmodellen där patienterna själva betalar den största delen av tandvården. Det skriver tandvårdsutredningen När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)". Tandläkarförbundet anser att det är problematiskt att på detta sätt hänvisa till utredningen "När behovet får styra". Utredningen har inte enbart fått ett positivt mottagande. Tandläkarförbundet är en av de intressenter som inte till fullo håller med om den problembeskrivning som redovisas i utredningen. Om en hänvisning görs till utredningen bör det tydligt framgå att det finns invändningar mot utredningens verklighetsbeskrivning och slutsatser.

Behov och efterfrågan

På s 17 förs ett kort resonemang om efterfrågan på tandvårdspersonal och ett ökande tandvårdsbehov. Vi vill här understryka att det är viktigt att problematisera kring begreppen efterfrågan och behov av tandvård, eftersom behov och efterfrågan inte är samma sak.

Personaltäthet

På s 17 står "Vidare finns regionala skillnader i tillgången till personal. Till exempel har de tre storstadsregionerna störst tillgång till tandläkare, medan personaltätheten i övriga landet varierar." Tandläkarförbundet efterfrågar här ett förtydligande kring vilket personaltäthetsmått som har använts. Enligt publikationen "Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2021" hade Skåne färre legitimerade och sysselsatta tandläkare per 100.000 invånare än t.ex. Uppsala, Västerbotten och Kronoberg. Dessutom kan nämnas att endast Västra Götaland återfinns bland de tre regioner som, enligt samma publikation, redovisar balans mellan tillgång och efterfrågan av tandläkare (Halland, Västra Götaland och Gävleborg).

Etisk plattform

På s 12 står "Prioriteringsarbetet för Socialstyrelsens nationella riktlinjer till hälso- och sjukvården utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Modellen utgår i sin tur från den etiska plattform som beskrivs i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). Tandvården omfattas inte av den etiska plattformen, men Socialstyrelsen har valt att utgå från den nationella modellen för öppna prioriteringar även i arbetet med tandvårdsriktlinjerna."

Frågan om vilken etisk plattform som ska användas när det gäller prioriteringar inom tandvården är långt ifrån självklar. Inom tandvården är detta inte reglerat i lag på samma sätt som för andra delar av hälso- och sjukvården. Frågan har bl.a. lyfts i tandvårdsutredningen "När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)". Det råder dock inte konsensus om hur frågan bör hanteras. Mot denna bakgrund efterfrågar Tandläkarförbundet ett fördjupat resonemang kring Socialstyrelsens ställningstagande att utgå från den etiska plattform som beskrivs i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60).

2b. Rekommendationer del 1

Tandvårdsrädsla

På s 29 behandlas metoder för barns tandvårdsrädsla: "Många barn har svårt att gå igenom en undersökning eller behandling i tandvården. Metoden tell-show-do ökar möjligheten att undersöka och behandla barnen, vilket är viktigt för att undvika allvarliga sjukdomar i munnen."

Tandläkarförbundet ser positivt på att tandvårdsrädsla adresseras i riktlinjerna. Vi vill dock problematisera citatet ovan. Barns tandvårdsrädsla handlar ofta om något annat än att barnet är rädd för själva behandlingen/för tandläkaren, såsom att barnet vill sitta hos föräldern/inte vill sitta själv i stolen. Det är viktigt att både orsakerna till tandvårdsrädsla och de lösningar som presenteras problematiseras. Det behöver också finnas utrymme i tandvårdspersonalens scheman för att hantera barns olika typer av tandvårdsrädsla.