

HSN/371/2024 Nov 2024 Bilaga A: Utredning av Folktandvårdens utbudspunkter

Sammanfattning/bakgrund

Folk tandvården står liksom många andra verksamheter och branscher inför utmaningar där den gemensamma nämnaren är demografin. Befolkningens storlek, fördelning, och sammansättning påverkar framtida behov av tandvård och möjligheten att bemanna tjänster. Med den demografiska utveckling som vi står inför kommer invånarna att påverkas och den Folk tandvård vi haft under lång tid kommer inte att kunna se lika ut i framtiden. Detta kommer att kräva en omställning för såväl invånare som medarbetare. Denna omställning innebär att kliniker behöver fasas ut och ersättas med alternativa sätt att möta patienternas behov av tillgänglighet, kvalitativ vård och prevention. En sådan omställning måste ske långsiktigt och i en takt där utfasning av kliniker och nya sätt att möta patienterna går hand i hand.

Det svenska tandvårdssystemet har en kraftig påverkan på Folk tandvårdens premisser då fri prissättning, fri etableringsrätt kontra Folk tandvårdens sista handansvar i kombination med demografi enligt ovan, skapar en negativ hävarm för Folk tandvårdens förmåga att rekrytera. I korthet gör det att privata bolag med stordrift som mål väljer patienter, med valfri prislista, och lämnar kategorier med patienter kvar till Folk tandvården, som inte har samma förutsättningar när det kommer till lönebild och förmåner. Sedan snart två år tillbaka har detta på allvar slagit igenom i Jämtland Härjedalen och Folk tandvården har en stadigt minskande personalgrupp. För att motverka detta krävs både nationella och regionala förändringar, på kort och lång sikt.

För att klara av att rekrytera behöver Folk tandvården ha färre kliniker, där flera arbetar. Det minskar exempelvis sårbarhet vid frånvaro, skapar en bättre arbetsmiljö med kollegor på plats och därmed blir det också lättare att kunna erbjuda modern teknik som underhålls. Folk tandvårdens bedömning är att en klinik med färre än två team (sju personer) inte är robust eller attraktiv på lång sikt. Som komplement föreslås tandvårdsfilialer inrättas.

Folk tandvården behöver i sitt omställningsarbete utveckla nya tekniska tjänster och digitala arbetssätt, och vara mer mobila genom preventionsinsatser och utbildning av främst barn och unga, men även av vuxna oavsett kategori. I kombination med detta behöver alternativet med "tandvårdsrum på hälsocentraler", tandvårdshubbar eller liknande mindre lokaler runt om i länet utredas vidare för att en omställning mot färre "fullständiga" kliniker ska kunna ske samtidigt som ekonomi och andra förutsättningar för personal som är rörlig i länet avseende tandvård, utreds mer. Det fortsatta arbetet blir därmed även svaret på hur vi kan låta personal ute i länsdelarna arbeta med tandvård, även om närmsta större klinik finns på längre avstånd.

Folk tandvården tror i dagsläget, utifrån bemanningsproblematiken, inte på en stor mobil klinik i form av trailer på lastbil. Patienterna skulle tvingas resa till Folk tandvården likväl under majoriteten av årets veckor och månader då mobilen inte är på orten.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING/BAKGRUND	1
1 UPPDRAGET	3
2 BAKGRUND	4
2.1 Befolkningsutveckling och demografi	4
2.1.1 <i>Hälsa</i>	5
2.2 Bemanning	5
2.3 Pensionsavgångar i Folk tandvården	7
2.4 Personalomsättning i Folk tandvården	7
2.5 Ekonomi	8
2.6 Lokaler och utrustning	9
3 ANALYS	11
3.1 Förutsättning för kliniker	11
4 FÖRSLAG FÖR FRAMTIDA UTBUDEPUNKTER	12
5 KONSEKVENSER	14
5.1 Invånare	14
5.2 Medarbetare	14
5.3 Verksamhet/Organisation/Ekonomi	15
5.4 Samhälle	15
6 ALTERNATIVA LÖSNINGAR FÖR TILLGÄNGLIGHET	16
6.1 Tandvårdsfilialer	16
6.2 Tandvårdshubbar	16
6.3 Mobil klinik	17
6.4 Mobila, digitala komplement	18
6.5 Prevention	18
6.6 Framtida yrkesroller	18
6.7 Annan utförare, anbud	18

1 Uppdraget

Tandvården i region Jämtland Härjedalen ska bedrivas i utifrån tandvårdslagen och i enlighet med de grundläggande principerna i vägledning för god vård. Prioritering av patientgrupper idag ske enligt Tandvårdslagen, SFS 1985: 125, § 7. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lag nummer (2017:30) är behovs- och solidaritetsprincipen tydligt formulerad och en grund för hur vård ska fördelas. Enligt lagen ska hälso- och sjukvård ges utifrån den enskildes behov, och utifrån de med störst behov av vård ska ges företräde. Detta styr i stort hur sjukvårdens resurser ska fördelas. Lagen betonar även vikten av solidaritet i fördelningen av vårdresurser, där patienter med stora vårdbehov ska ges särskild uppmärksamhet. I stället för att fokusera på behovs- och solidaritetsprincipen fokuserar tandvårdslagen mer på förebyggande vård och tillgång till tandvård för hela befolkningen. Tandvårdslagen betonar även regionernas ansvar över att organisera och tillhandhålla tandvård. Avgiftsfria behandlingar finns för vissa grupper, men tandvården har fortfarande ett större inslag av egenbetalning. Vuxna patienter får betala sin tandvårdskostnad själva. Idag råder fri etableringsrätt för tandvårdsverksamheter och de omfattas inte av någon tillståndsplikt. Den offentligt finansierade tandvården i Sverige har en skyldighet att garantera alla invånare har tillgång till tandvård. Det är en del av den svenska välfärdsmodellen och benämns som sistahandsansvar. Detta ansvar gäller särskilt för äldre, barn och personer med särskilda behov. Detta sistahandsansvar är till för att säkerställa att alla oavsett ekonomisk eller sociala förutsättningar ska få tillgång till tandvård. Fri prissättning och inget krav på privata aktörer att ta sistahandsansvar gör att marknadsdynamiken mellan privata och offentliga utförare blir ojämlig. I en tid med personalbrist och en ekonomisk pressad offentlig sektor har folktandvården Regon Jämtland Härjedalen svårt att fullfölja sitt uppdrag. Arbetsbelastningen blir hög på den enskilde kliniska utövaren och förutsättningarna att bedriva ekonomiskt gångbar verksamhet blir orättvisa.

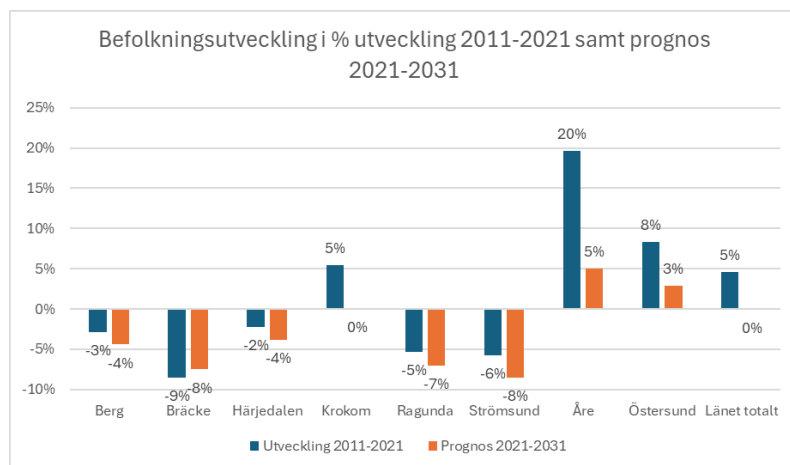
2 Bakgrund

2.1 Befolkningsutveckling och demografi

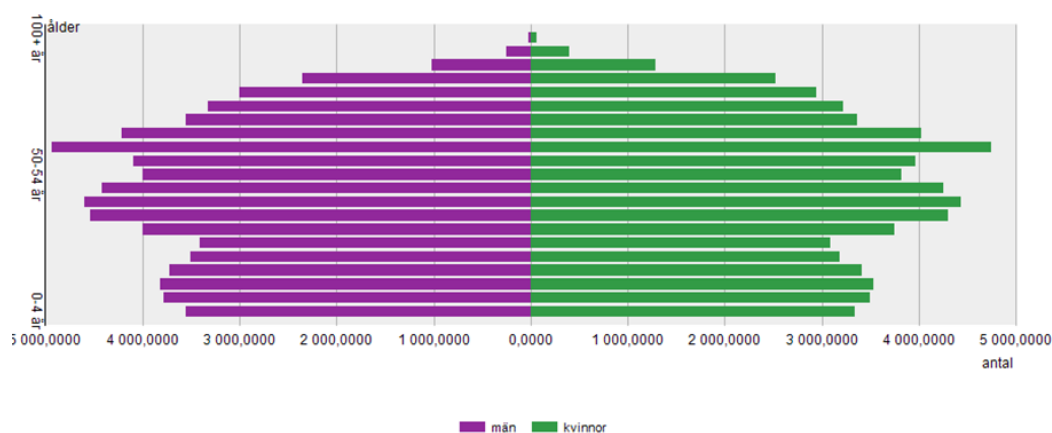
Befolkningen i Jämtlands län har mellan 2011 och 2021 enligt SCB ökat med 5%. Ökningen har skett i Östersund, Krokoms och Åre kommuner medan övriga kommuner har ett minskat invånarantal. SCB's framskrivning/prognos fram till 2031 visar att invånarantalet i länet kommer att vara oförändrat. Kommunerna som redan har en minskad befolkning förutspås en fortsatt minskning. I de kommuner som ökat tros ökningstakten mattas av.

Prognosen för åldersstrukturen i länet visar på en ökande andel äldre och mindre andel barn. Detta är mer påtagligt i vissa kommuner, men den demografiska utmaningen är gemensam för alla.

För Folkandvården medför detta att konkurrensen om arbetskraft blir allt större när det blir färre invånare i arbetsför ålder. Samtidigt kan invånarnas behov av tandvård öka med en åldrande befolkning. Minskningen av invånare i länets kommuner gör att befolkningsunderlaget blir för litet för att upprätthålla det antal kliniker som finns idag.



Folkmängd efter kön och ålder. Jämtlands län, 2053.

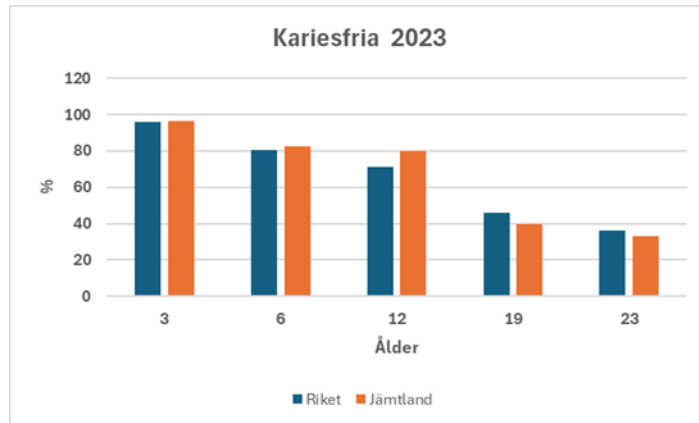


Källa: SCB

2.1.1 Hälsa

Enligt statistik från Socialstyrelsen, SKaPa (Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit) och våra egna system ser munhälsan i Jämtland Härjedalen generellt god ut för hela befolkningen.

Munhälsa barn Jämtland



Totalt kariesfria barn ålder 7–23 år i region Jämtland Härjedalen år 2023 ligger idag på 87 % lika som övriga organisationer i SKaPa. Nationellt syns en ökning av karies hos 19- och 23-åringar under 2023. Mer än hälften av alla 19-åringar har fått hål i sina tänder. Hos den yngre delen av befolkning från 6 år till 12 år syns en minskning av karies jämför med tidigare år. Barnens undersökningar som ska prioriteras är idag en utmaning för Folk tandvården i Jämtland Härjedalen. För att behålla en god munhälsa för barnen bör folk tandvården i Jämtland Härjedalen samverka med andra aktörer i förebyggande arbete. Viktiga aktörer att samarbeta med är skolor, kommuner, BHV och omsorgen.

Vuxnas tandhälsa i Jämtland Härjedalen är något bättre än tidigare då färre patienter behöver behandling vid basundersökningen, detta trots att längden mellan basundersökningarna har ökat de senaste tio åren. En skör äldre individ tappar ofta sin kontakt med tandvården. Detta leder till ett ökat tandvårdsbehov med större och mer omfattande behandlingar. Dessa äldre hittas ofta via Folk tandvårdens uppsökandeverksamhet på särskilda boenden. En ökad andel äldre i befolkning innebär att den uppsökande verksamheten kommer fortsatt vara viktig, men även här kommer samverkan med övriga aktörer vara av vikt för det förebyggande arbetet.

I en tid med personalbrist blir förebyggande insatser avgörande för att fortsatt kunna bibehålla en god munhälsa i hela befolkningen. På individnivå blir egenvården och kunskapen om att söka tandvård avgörande för att vidmakthålla en god tandhälsa. Det finns en tydlig koppling mellan socioekonomisk utsatthet och sämre hälsa. Denna grupp söker inte lika ofta tandvård. Här behöver tandvården med riktade insatser försöka nå dessa grupper. Att nå riskgrupper som sköra äldre, barn och socioekonomiskt utsatta är en viktig del för att behålla en god munhälsa i hela Jämtland Härjedalen.

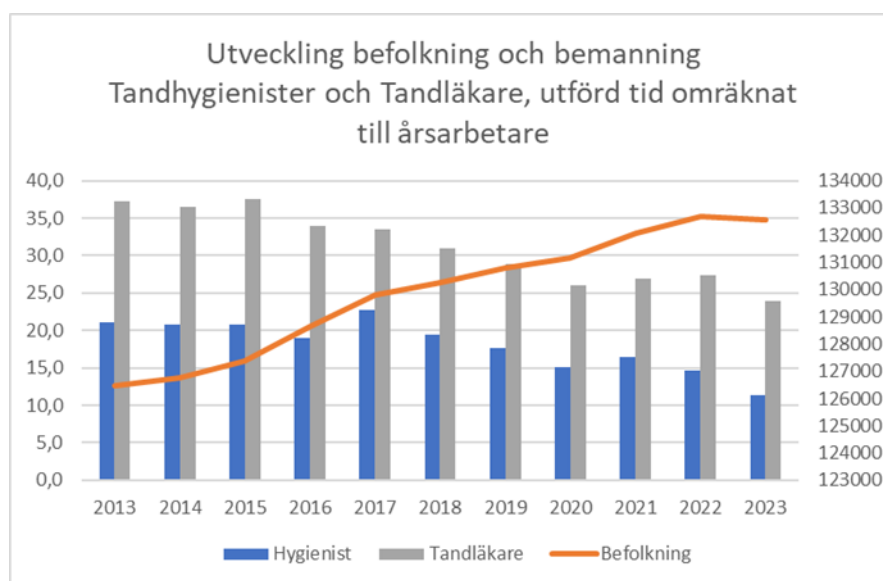
2.2 Bemanning

En generationsväxling pågår inom tandvården i Sverige. Folk tandvårdsorganisationer och privata tandvårdskliniker i landet menar att den nya generationen tandvårdspersonal inte är

tillräckligt väl förberedda för kliniskt arbete i en organisation som är i förändring. Samtidigt pågår en utveckling som innebär att tandvårdens uppdrag håller på att breddas.

Sammanlagt arbetar runt 24 000 tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniker i tandvården i Sverige. En trend under de senaste åren är att fler tandläkare lämnar Folk tandvården tidigare jämfört med tidigare år. Bemanningsläget inom folk tandvården är mycket tufft. Folk tandvården tappar resurser inom alla yrkesgrupper, främsta orsaken till detta är ökad konkurrens från den privata sektorn.

Bemanningen analyseras utifrån utförd tid omräknat till årsarbetare (ÅA) där en ÅA motsvarar 1760 timmar. Detta speglar bäst den faktiska tillgången på personal som kan utföra vård. Från antalet anställda var bortfallet 2023 ca 15% där sjukskrivningar utgjorde 8,7% övrigt bortfall utgörs av tjänstledigheter, VAB osv.



En målsättning är att 70% av den utförda tiden för tandläkare och tandhygienister ska utgöras av kliniskt arbete. Målet har över tid blivit allt svårare att uppnå. Orsaken är bland annat att mer tid åtgår för handledning av nyanställda behandlare och ökade krav på dokumentation. Med minskande bemanning är också behovet av att hjälpas åt mellan klinikerna större vilket innebär ställtid och ryckighet i verksamheten gör det svårt att upprätthålla effektiva arbetsflöden.

Idag finns 49 anställda (av totalt 160 personer, lika med 31% av bemanningen) som är 60+ inom Folk tandvården i Region Jämtland Härjedalen. Sannolikt så kommer flertalet av dessa välja att gå i pension inom de närmaste fem åren. Ser man till personalomsättningen per kategori och till totalen, så rekryterar Folk tandvården i genomsnitt färre per år än antalet som av någon anledning slutar. Det betyder att det under de närmaste fem åren måste rekryteras motsvarande 49 personer för att ersätta de som går i pension (för att behålla nivå av bemanning som finns idag, sept 2024). Utöver dessa behöver Folk tandvården rekrytera motsvarande personalomsättning i övrigt (de som slutar och byter jobb, flyttar från länet, byter karriär osv). Det betyder tex att i genomsnitt förlorar vi 0,8 tandläkare per år i regionen, vilket på kommande fem år blir fyra stycken ytterligare, i genomsnitt. Det är som jämförelse

all tandläkartid i Sveg, Funäsdalen, Svenstavik, Järpen, Hammarstrand och Hoting sammanlagt. Då står Åre och Bräcke helt utan tandläkare redan idag.

Ser vi till nationella demografiska fakta så vet vi att antalet individer i åldrarna 18-64 som kommer vara anställningsbara i riket blir allt färre för varje år. Det betyder att på samhällsnivå kommer sannolikt allt färre tandvårdspersonal finnas att konkurrera om. Därmed är sannolikheten att vi i vår region lyckas rekrytera fler tandläkare än som slutar låg. Detsamma gäller för såväl tandhygienister som tandsköterskor.

2.3 Pensionsavgångar i Folk tandvården

Födelseår	Allmän- tandläkare	Tand- hygienister	Tand- sköterskor	Övriga	TOTALT
1959-1964	8	4	13	4	29
1958	0	1	4	1	6
1957	1	0	5	0	6
1956	0	0	0	0	0
1955	0	0	2	0	2
1954	2	0	0	0	2
1953	1	0	0	0	1
1952	0	0	1	0	1
1951	0	0	0	0	0
1950	0	0	0	0	0
TOTALT	12	5	25	5	47

2.4 Personalomsättning i Folk tandvården

Tandläkare Allmäntandvården (distriktstandläkare och tandläkarassistent).

År	Antal nyanställda	Antal avgångar	Antal anställda
2020	3	6	39
2021	9	6	38
2022	6	7	38
2023	7	9	37
2024	4	5	35

Tandhygienister (både allmäntandvården och specialisttandvården).

År	Antal nyanställda	Antal avgångar	Antal anställda
2020	2	3	24
2021	3	3	24
2022	1	7	24
2023	2	2	20
2024	1	5	17

Tandsköterskor (både allmäntandvården och specialisttandvården)

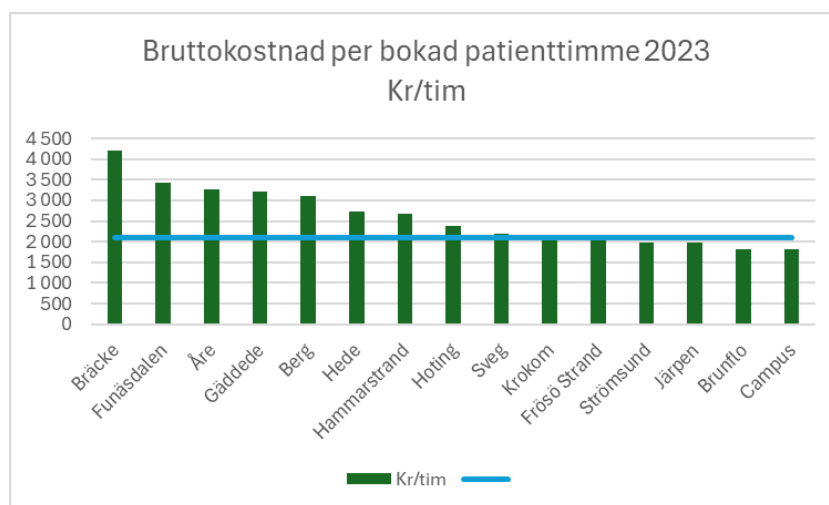
År	Antal nyanställda	Antal avgångar	Antal anställda
2020	8	12	93
2021	11	10	94
2022	16	19	93
2023	7	19	83
2024	13	10	77

2.5 Ekonomi

Den faktor som är helt avgörande för allmäntandvårdsklinikerna för att klara en ekonomi i balans är bemanningen - rätt antal och rätt kombination av yrkeskategorier/kompetens i förhållande till antal patienter i upptagningsområdet. Merparten av intäkterna är direkt kopplade till den vård som utförs. För att uppnå kostnadstäckning är det fyra huvudfaktorer direkt kopplade till bemanningen som avgör klinikens ekonomiska utfall.

1. **Volym** – Antal timmar som kan erbjudas patienterna. En låg volym, med få bokade timmar, leder till att fasta kostnader blir dyra per timme. Bemanning och tillräckligt patientunderlag är avgörande för volymen.
2. **Effektivitet** – Antal timmar som respektive behandlare kan erbjuda patienterna under sin arbetstid. Stabila och väl sammansatta team som kan arbeta på toppen av sin kompetens ger förutsättningar för effektiva flöden. När personalresurserna nyttjas på bästa sätt blir lönekostnaderna för varje besök lägre och fler timmar kan erbjudas patienterna, ökad tillgänglighet.
3. **Patientmix** – Taxan för vuxentandvård ger högre intäkt per timme än ersättningen för barntandvård. För att intäktssidan ska balansera mot kostnaderna är det därför viktigt att andelen vuxentandvård som kan utföras blir tillräckligt stor. Barntandvård som har högre prioritet än vuxentandvård gör att kliniker med låg bemanning ofta får en för låg andel vuxentandvård.
4. **Debitering** – Tandvårdstaxan måste användas på korrekt sätt för att ge den kostnadstäckning som den är avsedd att göra. Tiden en åtgärd tar att utföra har stor påverkan på utfallet av debiteringen. Oerfarna behandlare behöver som regel längre tid för att utföra en åtgärd men kan inte debitera för den längre tidsåtgången vilket leder till sämre kostnadstäckning.

Diagrammet nedan visar respektive kliniks totala kostnad 2023 delat på antal bokade patienttimmar. Bräcke som hade den dyraste kostnaden var under 2023 mycket lågt bemannad. Kliniken har fyra behandlingsrum som i princip stått tomma och de fasta kostnaderna har därför blivit mycket höga. Den bokade patienttiden utslaget på helår var 15 timmar/vecka, fyra timmar per behandlingsrum och vecka. En rimlig kostnad är det som kan täckas av medelintäkten per timme som ligger på ca 2100 kr och som illustreras av den blå linjen i diagrammet. 2023 hade ca hälften av klinikerna för höga kostnader beroende på samma orsak som i exemplet med Bräcke.



2.6 Lokaler och utrustning

Mycket av Folktandvårdens varumärke, attraktionskraft och möjlighet att utföra modern, kvalitativ och effektiv tandvård hänger ihop med lokaler och utrustning. Det intryck många av lokalerna idag är dystert och omodernt. Detta är det första som möter potentiella nya medarbetare och patienter vilket påverkar varumärket Folktandvården och förtroendet för verksamheten negativt. Är det en plats för en ny medarbetare att trivas och utvecklas? Är det en plats som verkar ge en högkvalitativ vård?

Många av lokalerna är byggda för hur verksamheten bedrevs för 30 år sedan. I tabellen om lokaler nedan anges underhållsbehoven graderat 1-3 sett ur Fastighetsenhetens perspektiv. Detta perspektiv handlar om byggnadens funktionalitet, väggar, tak, vatten, el, ventilation etc. Det som inte värderats är funktionalitet utifrån verksamhetsbehov och utseende. Inredningen saknar struktur och helhet och det upplevs som att mycket är ett ihopplock genom åren av olika möbler och lösningar. Standarden är äldre, mätt i decennier, vilket ska jämföras med nya privata kliniker som rekryterar Folktandvårdens personal. Inte bara behövs en modernisering av lokalerna, utan en enhetlig sådan som visar regionens, och Folktandvårdens varumärke.

För att bedriva en effektiv verksamhet behöver lokalerna vara anpassad till modern vård och arbetsflöden. Alla lokalerna bör också ha en likriktad utformning. Oavsett vilken klinik man besöker ska man känna igen varumärket Folktandvården. En likformning underlättar även för medarbetare att gästbeta på olika kliniker.

Lokaler och utrustningar som kräver investeringar och underhåll måste generellt få en mycket högre nyttjandegrad. Att utöka öppettider till kvällar och helger möjliggör en minskning av lokaler. Med färre lokaler och utrustningar finns ekonomiskt utrymme att hålla en högre standard och ge ett bättre resursutnyttjande.

Med den bemanning som finns idag blir många rum outnyttjade under långa perioder. Genomsnittlig beläggningsgrad 2023 var 26% beräknat på att lokalerna är tillgängliga åtta timmar varje helgfri vardag. En minskning från 36% år 2019.

Folktandvårdens kliniker finns i såväl hyrda som ägda lokaler. I tabellen nedan redovisas årshyra, information om hyresavtalens villkor (i förekommande fall) samt underhållsbehov redovisas i tabellen nedan.

Klinik	Års- hyra 2024 (tkr)	Egen/ Hyrd	Löptid avtal	Upp- sagn- tid	Förl.	Antal beh. Rum	Lokaler underhållsbehov 1-3 där 3 är stort underhållsbehov
Ftv Svenstavik	190	Hyrd	2027-12-31	9 mån	3 år	5	3, gammalt och slitet
Ftv Bräcke	200	Ägd				4	1, renoverades 2010
Ftv Sveg	282	Hyrd	2025-12-31	9 mån	1 år	5	3, gammalt och slitet
Ftv Funäsdalen	296	Hyrd	2027-12-31	9 mån	3 år	3	2, planeras att byggas i nya HC
Ftv Hede	225	Ägd				4	1, underhållits löpande under åren
Ftv Krokomb	818	Hyrd	2026-03-31	9 mån	3 år	8	1, underhållits löpande under åren
Ftv Hammarstrand	247	Hyrd	2026-09-30	9 mån	3år	4	2, underhållits löpande under åren
Ftv Strömsund	414	Hyrd	2026-09-30	9 mån	3 år	6	3, ganska stort underhållsbehov
Ftv Hoting	171	Ägd				2	1, underhållits löpande under åren
Ftv Gäddede	65	Hyrd	2027-02-01	9 mån	3 år	1	3, gammalt och slitet
Ftv Järpen	340	Hyrd	2025-05-31	9 mån	3 år	5	1, nybyggd 2010
Ftv Åre	810	Hyrd	2029-05-31	9 mån	3 år	4	1, renoverads 2015
Ftv Frösö Strand	807	Hyrd	2027-12-31	9 mån	3 år	9	2, planeras renoveras och utökas
Ftv Campus exkl. tandakuten	882	Hyrd	2029-12-31	1 år	3 år	13	1, nybyggd 2011
Ftv Brunflo	232	Ägd				8	1, renoverades 2010

3 Analys

3.1 Förutsättning för kliniker

En djupare analys för varje upptagningsområde i länet och klinikerna är inte rimlig att genomföra utan att ett beslut om inriktning tagits. Grundförutsättningen för att kunna bedriva tandvård med hög kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet är en stabil bemanning med rätt kompetens. En attraktiv arbetsplats är där medarbetarna kan få kollegialt utbyte, får arbeta med ett varierat behandlingspanorama, i trevliga lokaler med modern teknik samt att kunna utvecklas i sitt yrke. Det är också viktigt för medarbetarna att kunna känna att patienterna tas om hand även om man själv är på semester är sjuk – kliniken står inte tom.

Folk tandvården klarar idag inte av att skapa dessa förutsättningar. Orsaken är att patientunderlaget på många orter är för litet för att kunna ha en bemanning som ger dessa mervärden. På vissa orter finns patientunderlag, men ortens geografiska placering och attraktionskraft gör det svårt att rekrytera och behålla personal. Det blir också mycket kostnadskrävande att hålla lokaler och teknik på en önskvärd nivå.

När klinikerna inte kan bemannas blir befolkningen lidande. Även om det finns en klinik på orten är tillgängligheten att boka tider mycket begränsade. Nya patienter kan inte lista sig på kliniken utan ställs på väntelista där väntetiderna är åratals. Att kliniker bemannas med tillrest personal innebär att kontinuiteten blir lidande och att patienterna inte får en fast vårdkontakt.

Idag läggs en stor börda på de kliniker som har bemanning att även hålla verksamheten igång på kliniker med dålig bemanning vilket dränerar verksamheten på välfungerande kliniker. Valet står därför mellan att fortsätta att utarma det som fungerar bra för att upprätthålla alla kliniker eller att satsa där det finns goda möjligheter för stabilitet och utveckling.

Ekonomiskt blir dagens klinikstruktur i förhållande till bemanning och produktion mycket dyr. Nyttjandegraden av behandlingsrum och utrustning är mycket låg. Det innebär en stor fast kostnad som ska täckas av de intäkter behandlarna kan dra in. Att med gemensamma insatser försöka bemanna alla kliniker kräver att personalen flyttas runt vilket också påverkar intäkterna negativt. Det uppstår mycket ställtid och det är svårt att upprätthålla effektiva flöden och arbetssätt.

Redan i "Rapport om framtida struktur folk tandvården" Dnr: RS/73/2015 anges att minsta bemanning på en klinik ska vara minst två team (Team: 1 tandläkare, 0,5 tandhygienist, 2,0 tandsköterska). Den analysen är oförändrad.

Av länets befolkning är idag ca 62 130 patienter listade i folk tandvården vilket motsvarar ca 47% av invånarna. Ett tandvårdsteam beräknas kunna hantera ca 2000 listade patienter vilket idag skulle innebära ett behov av 31 team. Idag finns ca 24 tandläkare som skulle kunna bilda team om de var samordnade geografiskt. Idag saknas dock hygienister och tandsköterskor för att bilda 24 kompletta team. Det finns också ett stort antal patienter som vill lista sig som patienter men som idag inte kan erbjudas detta på grund av resursbrist.

4 Förslag för framtida utbudspunkter

Konsekvensen av den demografiska utmaningen, både avseende minskande befolkning i många kommuner och möjligheten att rekrytera, är att det blir ohållbart att i framtiden bibehålla nuvarande klinikstruktur. En minskning av antal kliniker framstår oundviklig.

En minskning från dagens 15 kliniker till sju kliniker föreslås genomföras genom en utfasning under en tidsperiod fram till 2030. Utfasning ska ske i en takt som tar hänsyn till nuvarande bemanning, hyreskontraktens längd mm. Samtidigt fasas nya lösningar så som tandvårdsfilialer, tandvårdshubbar och digitala, mobila och preventiva arbetssätt in för att möta patienternas behov.

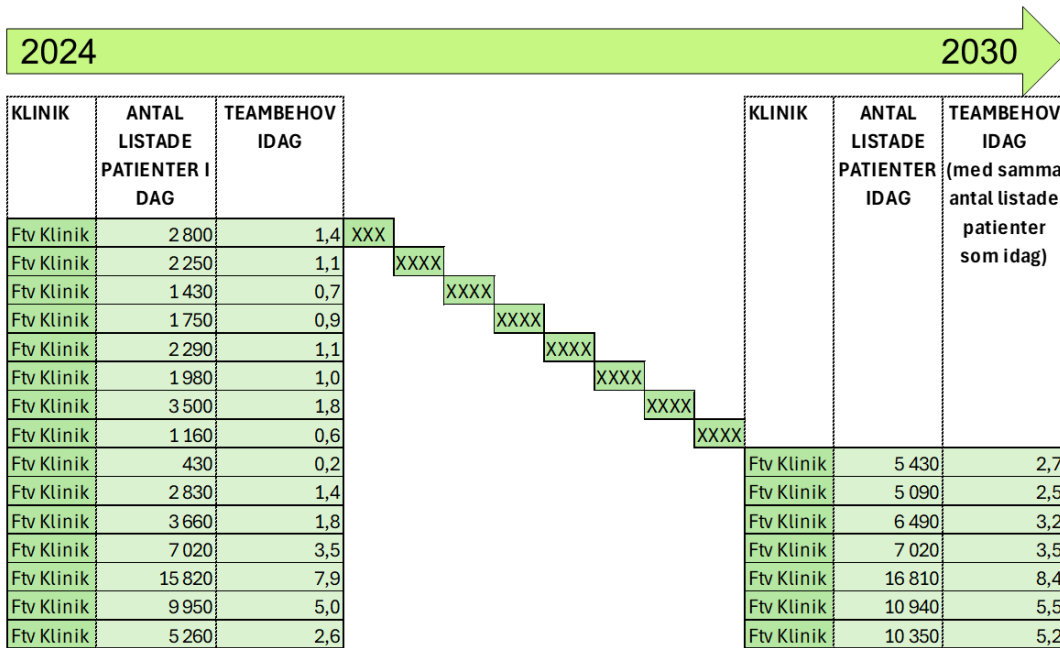
Östersundsområdet (Campus, Frösön, Brunflo och Krokomb) tillsammans med specialisttandvården utgör ett framtida centrum för Folktandvården i länet genom att dels erbjuda vård och dels som utgångspunkt för kompetensutveckling, handledning, preventionsarbete, mobila och digitala lösningar.

Exakt vilka kliniker, när och i vilken takt de ska fasas ut behöver utredas vidare. För varje upptagningsområde behöver konsekvenser och alternativa lösningar utredas eftersom det kan skilja sig åt i de olika länsdelarna.

Förslaget till ny klinikstruktur bygger på att ingen klinik ska ha mindre än två team. Två team är dock i underkant för att uppnå bra förutsättningar för stabilitet mm. Målet är att ett team ska bestå av 1,0 tandläkare 0,5 tandhygienist och 2,0 tandsköterska. Beroende på klinikstorlek tillkommer personal för reception, sterilhantering med mera.

För att uppnå en bemanning med minimum två team krävs 4000 listade patienter. Även om antalet listade ökar är det orimligt för många av länets nuvarande kliniker att kunna uppnå det antalet patienter som krävs för två team. Detta beror på befolkningsstorlek och befolkningsutveckling i klinikernas upptagningsområde samt etableringar av privata vårdgivare.

Fritt vårdval gäller för samtliga patientgrupper inom Folktandvården vilket gör att det inte går att exakt förutspå var patienterna i framtiden väljer att få sin tandvård. Fördelningen av patienterna 2030 i översiktsskissen nedan ska därför läsas med detta i beaktande. Det finns idag också en stor efterfrågan att få lista sig som patient hos Folktandvården vilket inte är inräknat.



5 Konsekvenser

Folk tandvården som byggts upp sedan 1938 då den startade med syfte att ge barnen i samhället en möjlighet att skaffa god munhälsa och sedan utvecklats kontinuerligt står inför en stor omställning. En omställning som är oundviklig på grund av den demografiska utmaningen och som Jämtland delar med många andra regioner. Svenskarnas tandhälsa är tack vare det långsiktiga arbetet mycket god i jämförelse med andra länder. En omställning behöver därför göras med klokskap för att bevara detta även i framtiden.

5.1 Invånare

Fördelar med färre enheter är att det går att hålla en högre teknisk standard, tillgång till flera yrkeskategorier och bredare kompetens som kommer patienterna till godo. Förbättrad tillgänglighet och kontinuitet. Nya yrkeskategorier kan utformas och samordnas för verksamheten som helhet. Utveckling av annan typ av preventionsarbete "på fältet" ger nya möjligheter för patienter att få förebyggande åtgärder på hemmaplan. Tandhälsans vikt för allmänhälsan behöver även det understrykas det sammanhanget.

Nackdelen är att färre antal kliniker medför längre avstånd för medborgarna för akut och planerad vård. Ökade resekostnader och restid för den enskilde. För behandlingar (men inte kontroller och förebyggande insatser) finns utifrån uppsatta kriterier viss möjlighet till sjukresebidrag.

Längre avstånd till kliniken kan leda till att man väljer bort tandvård, eller endast går akut. Preventionsåtgärder som kräver tillgång till behandlingsstol kan komma att väljas bort pga avståndet vilket kan leda till sämre tandhälsa.

Ökat antal patienter på de kvarvarande klinikerna kan leda till längre väntetider om bemanningsmålen inte uppnås.

5.2 Medarbetare

Fördelen är att det blir lättare att rekrytera ny personal till kliniker där det finns kollegor och en bredd av olika kompetenser. Fler medarbetare per klinik ger möjlighet till att skapa mer flexibla scheman för personalen så yrkes- och privatliv kan gå hand i hand. Möjlighet till handledning ökar vilket är en förutsättning för nyrekrytering av yngre medarbetare. Större möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning som redan nu finns i hygienistutbildningen och som kan blir realitet även tandläkarutbildningen. Sårbarheten minskar vilket motverkar produktionstapp vid frånvaro och lättare att upprätthålla teamarbete då det är fler medarbetare per klinik. Det ger även befintlig personal större utrymme för utbildning, utveckling och "nischning". Tandvården kommer behöva stärkas med nya yrkesroller som kan utföra andra arbetsuppgifter. Personalen kan få mer flexibla upplägg som upplevs stimulerande.

En risk under en omstruktureringsprocess är att ytterligare personal lämnar Folk tandvården för andra aktörer, eller nyetablerar privat verksamhet. Om bemanningsmålen på kvarvarande kliniker inte uppnås blir arbetsbördan tyngre för de kliniker som blir kvar vilket påverkar arbetsmiljön och kan leda till ohälsa. Medarbetarna kan också få längre avstånd till sin arbetsplats vilket innebär högre resekostnader och längre arbetsdagar.

5.3 Verksamhet/Organisation/Ekonomi

En risk finns att Folk tandvården som varumärke försvagas när det inte längre finns en klinik på orten. Folk tandvården har historiskt varit en stabil vårdgivare i hela länet för alla medborgare. Personalen har en yrkesstolthet över att vara en vårdgivare för hela befolkning oavsett bakgrund, kultur och ekonomiska förutsättningar. För att möta framtiden måste Folk tandvården som varumärke stärkas gentemot såväl invånare som medarbetare.

De ojämna konkurrensförhållandena mellan Folk tandvården och privata aktörer förändras inte av lagda förslag. Privata aktörer kommer fortsatt att ha sina etableringar på större orter där förutsättningarna för att bedriva lönsam verksamhet är störst. Folk tandvårdens sistahandsansvar kvarstår och det är inte möjligt att styra var olika patientgrupper ska söka sin vård – hos Folk tandvården eller privata aktörer. De längre resorna för äldre omsorgsbehövande personer innebär även större kostnader för sjukresor och kostnader för medföljande personal.

En omstrukturering ska dock ses som en investering i framtiden. På kort sikt är det troligt att kostnaderna öka för att avveckling av kliniker. Kliniker som blir kvar behöver förändras, förbättras och även utökas i vissa fall. Nya hubbar, digitala och mobila lösningar behöver etableras där kliniker avvecklas. Risken för ökade kostnader för sjukresor kan motverkas med sådana lösningar. På sikt kommer den ekonomiska aspekten att förbättras med lägre fasta kostnader och möjlighet att skapa och upprätthålla effektiv verksamhet och hög tillgänglighet.

5.4 Samhälle

Många orter i länet står redan idag inför att mycket av den tidigare samhällsservicen försvinner. En nedläggning av kliniker blir ytterligare ett bidrag till denna negativa utveckling. Ett ökat reseavstånd till kliniker innebär också en negativ miljöpåverkan.

Fördelen är att omställningen kan påskynda utvecklingen av nya arbetssätt och samarbete med andra verksamheter. Fördelar är också att ny teknologi möjliggör nya sätt att arbeta på, nya arbetsuppgifter och möjligheter att inte behöva bo och verka på samma ort eller ens i samma region. Det är viktigt att vara medveten om att omställningen på kort sikt inte kan ersätta en fullbemannad tandvård i alla delar av länet.

6 Alternativa lösningar för tillgänglighet

En omställning till färre kliniker i länet kräver alternativa lösningar för att i framtiden kunna erbjuda en tillgänglig, högkvalitativ tandvård och prevention. Det kommer att krävas olika lösningar för olika patientgrupper och behandlingsbehov. Lösningarna kommer också att behöva anpassas utifrån förutsättningarna i de olika delarna i länet beroende på åldersstruktur, samverkansmöjligheter med andra vårdaktörer osv. Lösningarna kommer också att behöva förändras över tid.

6.1 Tandvårdsfilialer

Ett alternativ är att omvandla en nedlagd klinik till en tandvårdsfilial. En tandvårdsfilial har begränsade öppettider och utbud samt bemannas av tillrest personal. Befintlig klinik och utrustning nyttjas men antalet behandlingsrum begränsas till max 2 stycken. Övriga delar av lokalen avyttras där det är möjligt eller "kallställs". Tandvårdsfilialen tar emot de patienter med störst vårdbehov/många besök eller som av hälsoskäl har svårt att resa. För att motivera att ha kvar lokaler anpassade för tandvård krävs det att tandvårdsfilialerna har verksamhet med ett visst intervall, exempelvis tre dagar varannan vecka. Ett alternativ till tandvårdsfilialer kan vara tandvårdshubbar på hälsocentral eller särskilt boende.

Fördelar

Vård finns att tillgå för de patienter som blir mest drabbade av en klinikavveckling. Tandvårdsfilialer har öppet med regelbundenhet som gör det möjligt att planera och utföra behandlingar som kräver flera besök. Tandvårdsfilialen är utrustad som en standardklinik.

Nackdelar

Bemanningen bygger på att personal måste resa från andra kliniker. För att bibehålla kontinuiteten för patienten att träffa samma behandlare innebär det att ansvaret bör läggas på fasta team. Det kan vara svårt att hitta team som är beredda att regelbundet året om resa för att bemanna en tandvårdsfilial. Ekonomiskt kommer tandvårdsfilialer att bli dyra då volymen blir för liten för att de ska kunna bära sina kostnader. För att upprätthålla tandvårdsfilialer behöver det betraktas som ett områdesansvar där skattemedel måste finansiera merparten av klinikens kostnader.

6.2 Tandvårdshubbar

Ett alternativ till tandvårdsfilialer som också ger möjlighet att utföra viss tandvårdsbehandling är att skapa tandvårdshubbar. En tandvårdshubb tillskapas lämpligast på en hälsocentral, och kan då bidra till vårdens robusthet. Folk tandvården kan nyttja undersökningsrum och utrustning för sterilhantering under perioder då hälsocentralen har mindre verksamhet. På hälsocentralerna finns ofta rum med så kallade öronstolar, vilka kan fungera även för tandvård. Mobil röntgenutrustning och unit (borr/sugutrustning) tas med av personalen. Ett alternativ är också att installera en komplett behandlingsstol, men nackdelen är att nyttjandegraden blir för låg i förhållande till investering och servicekostnader. Verksamheten på en hubb är begränsad till patienter som av hälsoskäl har svårt att resa, exempelvis nödvändig tandvård.

Fördelar

Vård finns att tillgå för de patienter som blir mest drabbade av en klinikavveckling. Till skillnad från tandvårdsfilialer behöver en tandvårdshubb inte ha samma beläggningsgrad då lokalen också nyttjas av andra och därför inte står tom. Då bemanningen istället kan ske mer flexibelt och efter behov krävs det inte ett ständigt resande av personalen. Nyttjandet av befintliga lokaler ökar och samverkan med primärvården främjas. Låg ekonomisk insats då de fasta kostnaderna minimeras.

Nackdelar

Hubben har inte regelbundet öppethållande utan anpassning måste ske till hälsocentralens verksamhet. Utrustningen tillåter inte avancerade behandlingar.

6.3 Mobil klinik

Mobil klinik i detta stycke avser en fullt utrustad klinik som flyttas runt till olika orter i regionen. En sådan mobil klinik kan ha storlek som en husbil med ett behandlingsrum eller en trailer med minst två behandlingsrum. Erfarenheterna från till exempel Västernorrland är att en klinik av husbilsmodell blir för liten för att klara den tunga utrustningen. Utrymmet blir också för litet för en bra arbetsmiljö för personalen. En mobil klinik kräver uppställningsplatser för anslutning till el och vatten. De mobila kliniker som finns i landet nyttjas i huvudsak till undersökningar och förebyggande behandlingar där barn och äldre sköra patienter prioriteras. En mobil klinik bemannas oftast personal från folk tandvårdens klinik som ligger närmast uppställningsplatsen. Det krävs en fast samordnare som kan klinikens funktion och planerar förflyttningar mm. För flytt av kliniken krävs dragfordon och chaufför.

Fördelar

Vård finns att tillgå för de patienter som blir mest drabbade av en klinikavveckling. Kan ge effektiv barntandvård om det finns möjlighet att samverka med skolor. Varumärket blir synligt och personalen får känna uppskattning och får omväxlande arbetsuppgifter.

Nackdelar

En dyr lösning med tanke på hur lite vård som kommer kunna erbjudas på varje ort. En mobil enhet kräver ganska stor insats vid förflyttning vilket innebär att den behöver stå uppställd under längre perioder på varje ort. Om mobila enheten ska bemannas av erfaren personal från närliggande klinik kommer den fasta kliniken sakna erfaren personal under vissa perioder. En bemanning med tillrest personal innebär att personalen måste vara beredd på att vara bortrest längre perioder från hemmet vilket kan bli svårt att få hållbart över tid. Den mobila kliniken kommer bara vara tillgänglig under begränsade perioder på varje ort under året. Övrig tid måste patienterna resa till närmaste klinik. Det innebär att den vård som kommer att kunna erbjudas, troligen endast består av undersökningar och enklare behandlingar. Investeringskostnaden uppgår till ca 7 miljoner och årlig driftskostnad ca 0,5 miljoner.

Regionen har idag en mobil enhet för mammografi. Vagnen används året om med uppehåll från midsommar till i mitten av augusti. Den står uppställd på 4-5 orter i länet per år samt i Östersund. Vid varje flytt åtgår ca 1,5 dag för uppställning, anslutning till el, vatten och iordningställande av utrustning. Motsvarande tid 1,5 dagar åtgår vid avflyttning. Transporten tar 0,5-1 dagar beroende på sträcka. Detta innebär 5 dagar bortfall vid varje flytt. Vagnen bemannas av två sköterskor måndag-torsdag som reser till orten och övernattar.

Nyttjandegraden av mobil enhet för mammografi är rimlig även för en mobil tandvårdsklinik. Det skulle innebära att kliniken nyttjas 10 månader. För varje flytt kan en veckas produktion räknas bort. Om enheten flyttas varje månad skulle teoretiskt 10 orter kunna besökas i tre veckor á fyra dagar per vecka. Att flytta kliniken varje månad är dock orimligt utifrån den planering som krävs inför varje flytt. Mer rimligt antagande är att 5 orter kan besökas. För den ort som får besök av mobil enhet innebär det dock att det tar ett år innan tandvården är tillbaka på orten. Däremellan måste patienterna åka till närmaste klinik för vård. Verksamheten vid en mammografienhet som innebär screening vid ett tillfälle och inga återbesök för vård kan inte jämföras med tandvård som i många fall kräver flera besök.

6.4 Mobila, digitala komplement

Förslag på nya digitala arbetsätt som folktandvården kan utveckla i framtiden är:

- Tjänster där patienter kan nå tandvården via videokonsultationer.
- Utvecklade tjänster på 1177.se som till exempel feedback från patienter, digitalbokning och vårdkontakter.
- Göra det möjligt för patienterna själva får fylla i uppgifter om sin hälsa inför tandvårdsbesöket.
- Implementera nya digitala verktyg som kan underlätta kommunikationen mellan behandlare och patient.
- Öka den tekniska standarden på klinikerna som till exempel 3D-printing.
- Att skapa en gemensam samtalsväxel kan ge bättre service och ökad tillgänglighet för medborgarna.
- Att införa nya digitala arbetssätt kan frigöra mer klinisk tid för behandlarna.

6.5 Prevention

Utökad prevention för att lägga fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Samverkan med andra aktörer som möter samma målgrupp till exempel familjecentral, öppen förskola, förskola och barnvårdscentral. Besök på skolor och äldreboende.

6.6 Framtida yrkesroller

För att kunna möta upp bristen på tandvårdspersonal så behövs det göras en översyn av vilka arbetsuppgifter som kan utföra med hjälp av nya yrkesroller inom tandvården. Det finns ett behov av administratör, logistiker, sterilbiträden och hälsopromotörer. Det viktiga arbetet med prevention skulle kunna skötas av hälsopromotörer som arbetar både på grupp- och individnivå. Förutom att hålla hälsosamtal med familjer kan hälsopromotören vara en resurs för kliniken i kunskapsdelning om till exempel beteendeförändringar.

6.7 Annan utförare, anbud

För att skapa utrymme att bedriva tandvård på våra kliniker översyn av vilka delar som andra aktörer skulle kunna utföra via upphandling och anbud.

- Uppsök kan utföras av annan utförare och läggas ut på anbud. Som komplement till det kan även hemtandvård erbjudas för dem som inte kan ta sig till en tandvårdsklinik.
- Kommunen ansvarar själva för att ha egna utbildad tandvårdspersonal som kan göra uppsökandeverksamhet. De kan även ge utbildning till kommunens egna personal.
- Hälsopromotörer, se ovan kan även det läggas på anbud och utföras av annan utförare.